

Univerzita Karlova v Praze

1. Lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Diplomová práce

Bc. Martina Košťáková

Vliv stravovacích návyků na přítomnost psychopatologických symptomů
u klientů s projevy ADHD
v terapeutické komunitě pro léčbu závislostí.

Influence of eating habits on psychopathological symptoms
should present clients with manifestations
in therapeutic community for treatment of addiction.

Vedoucí práce: prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

Konzultant: † PhDr. Lenka Čablová

PRAHA

2017

Obsah

I.	ÚVOD	1
II.	TEORETICKÁ ČÁST	3
1)	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	3
	Definice terapeutické komunity	4
	Pravidla a principy terapeutické komunity	5
	Fáze léčby v terapeutické komunitě.....	6
	Klienti v terapeutické komunitě.....	7
2)	ADHD	8
	ADHD klienti se syndromem závislosti	10
3)	DUÁLNÍ DIAGNÓZY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ.....	11
4)	NUTRICE A ADHD	12
	Jak jídlo působí na náš mozek	12
	Závislost na jídle a ADHD.....	14
	V čem se liší FA od poruch příjmu potravy?	16
	Závislost na jídle - podobné příznaky jako při jiných závislostech	17
	Stravování a ADHD	21
III.	VÝZKUMNÁ ČÁST	24
5)	CÍL VÝZKUMU	24
6)	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
7)	VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZÍSKÁVÁNÍ DAT	25
	Výběr a popis výzkumného souboru	25

Charakteristika výběrového vzorku	27
8) POUŽITÉ METODY	30
Metody získávání dat	30
Metody zpracování dat.....	32
Metody analýzy dat.....	35
9) LIMITY	35
10) ETIKA VÝZKUMU	35
11) VÝSLEDKY	36
ČÁST I.....	36
ČÁST II.....	43
KLIENT A	43
KLIENTKA B.....	45
KLIENTKA C.....	46
KLIENTKA D	48
12) DISKUZE.....	50
13) ZÁVĚR	56
14) SEZNAM ZKRATEK.....	57
15) SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
16) PŘÍLOHY	69

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17. 07. 2017

Martina Košťáková

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Michalu Miovskému Ph.D. za podporu, odborné vedení, cenné rady i připomínky a také velkou trpělivost. Také bych ráda poděkovala Mgr. Lence Šťastné Ph.D., která mi věnovala mnoho času a pomohla mi s analýzou a tvorbou statistický dat. Děkuji i celému týmu GAČR ADHD, že jsem mohla být jeho součástí a zpracovat tuto práci. V neposlední řadě patří velké díky mému partnerovi, který mi byl vždy velkou oporou.

Identifikační záznam:

KOŠŤÁKOVÁ, Martina. Vliv stravovacích návyků na přítomnost psychopatologických symptomů u klientů s projevy ADHD v terapeutické komunitě pro léčbu závislostí. [Influence of eating habits on psychopathological symptoms should present clients with manifestations in therapeutic community for treatment of addiction.]. Praha, 2017. 77 s., 4 přílohy, 2 obr. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2017. Vedoucí závěrečné práce, prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D.

ABSTRAKT

VÝCHODISKA: V současné době je diagnóza ADHD velmi diskutována. Symptomy přecházejí z dětství do dospělého věku. Ukazuje se, že lidé, kteří podle dotazníku YFAS splňují diagnostická kritéria závislosti na jídle, vykazují častěji komorbiditu dalších poruch jako je záchvatovité přejídání, depresivita nebo ADHD.

CÍLE: Výzkumným problémem a cílem diplomové práce je zjistit, jaký vliv má pravidelný stravovací režim na diagnózu závislosti na jídle u klientů, kteří se léčí v rezidenční léčbě v terapeutické komunitě se závislostí na NL. Posoudit, zda závislostí na jídle trpí spíše klienti se symptomy ADHD a příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL – 90.

METODY: Práce vychází z dat projektu GAČR ADHD. Výzkum byl realizován v 5 terapeutických komunitách v České republice. K výzkumu byly použity dotazníky YFAS, DIVA a SCL-90. Testové baterie byly sbírány ve 4 vlnách sběru dat, ale v této práci je použita pouze první a druhá vlna sběru dat, jelikož nás zajímají údaje o klientech při nástupu a v průběhu pobytu. Z dalších dotazníků, použitých v projektu GAČR ADHD, byly vytvořeny velmi krátké případové studie a to pouze u lidí, kteří měli závislost na jídle.

VÝZKUMNÝ SOUBOR: Diplomová práce je postavena na datech z projektu GAČR ADHD. Výběrový soubor tvořilo celkem 5 terapeutických komunit s odborným certifikátem. Výzkumný soubor tvoří celkem 16 respondentů ve věku 18 – 40 let z 5 terapeutických komunit v České republice. U respondentů budou analyzována data, která vyplnili v dotazníku YFAS, DIVA a SCL - 90. Práce bude porovnávat korelaci mezi nulou a první vlnou sběru dat u zmíněných dotazníků.

VÝSLEDKY: Bylo zjištěno, že ženy častěji trpí závislostí na jídle než muži (60%: 9% v uvedeném pořadí). Všechny ženy (60 %), které měly závislost na jídle, splňovaly zároveň diagnostická kritéria psychopatologie a ADHD. Naopak žádný muž neměl současně všechny tři diagnózy zároveň. Muž, který měl závislost na jídle, tak měl také ADHD, ale příznaky psychopatologie nevykazoval. Muži, kteří vykazovali symptomy psychopatologie (46 %), měli současně ADHD, ale závislost na jídle se u nich nepotvrdila.

Klíčová slova: závislost na jídle, terapeutická komunita, ADHD

ABSTRACT

BACKGROUND: Currently, the diagnosis of ADHD is highly debated. Symptoms pass from childhood to adulthood. It turns out that people who according to the questionnaire YFAS meet the diagnostic criteria for dependence on food, show more comorbidity of other disorders such as binge eating, depressive, or ADHD.

OBJECTIVE: The research problem and the aim of the diploma thesis is to find out what effect the regular diet regimen has on the diagnosis of food dependence in clients who are being treated in residential treatment in the treatment community of NL dependence. Assess whether a food addiction is more likely to suffer from ADHD symptoms and symptoms of psychopathology according to the SCL - 90 questionnaire.

METHODS: The thesis is based on data from the GAČR ADHD project. The research was conducted in 5 therapeutic communities in the Czech Republic. The YFAS, DIVA and SCL-90 questionnaires were used for the research. Test cells were collected in 4 waves of data collection, but only the first and second wave of data collection are used in this work because we are interested in data about clients on arrival and during the stay. Of the other questionnaires used in the GAČR ADHD project, very short case studies were developed and only for people who were addicted to food.

RESEARCH FILE: The thesis is based on data from the project GACR ADHD. A sample consisted of five therapeutic communities with vocational certificate. The research group consists of 16 respondents aged 18 to 40 years from five therapeutic communities in the Czech Republic. For respondents will analyze the data to fill in the questionnaire YFAS, DIVA and SCL - 90. Work will compare the correlation between zero and first wave of data collection in these questionnaire.

RESULTS: It was found out, that women are more likely addicted to food than men (60% : 9% in written order). All women (60%), who were addicted to food, met diagnostical criteria of psychopathology and ADHD. On the contrary, no men were diagnosed with all three diagnoses mentioned above at the same time. Man, who was addicted to food and diagnosed with ADHD, never met the criteria of psychopathology. Men, who met diagnostical criteria of psychopathology and ADHD, were not addicted to food.

Key words: food addiction, therapeutic community, ADHD

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 17. 07. 2017

Martina Košťáková

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

[illegible]

I. ÚVOD

Tato práce se zabývá novou problematikou závislosti na jídle u klientů, kteří se léčili v terapeutických komunitách. Zároveň bylo porovnáváno, zda lidé, kteří mají diagnózu ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) nebo příznaky psychopatologie mají větší pravděpodobnost závislosti na jídle. Teoretická část práce pojednává o léčbě v terapeutické komunitě. Dále je popsána diagnóza ADHD, která je v současné době velmi diskutovaným tématem. U osob, které jsou závislé na návykových látkách, není problematika ADHD dostatečně prozkoumána. Kapitola duálních diagnóz je v této práci zařazena zejména proto, že závislí klienti často trpí komorbiditou tedy závislostí a dalším psychiatrickým onemocněním, z tohoto důvodu je také zkoumáno, zda klienti TK mají příznaky psychopatologie a pokud ano, zda jsou to lidé, kteří mají také ADHD či závislost na jídle. Nutricí a závislostí na jídle se zabývá poslední část teoretické části.

Toto téma mi přišlo zajímavé, nejenom protože je stále velmi neprobádané, ale také proto, že počet obézních lidí na celém světě neustále stoupá. V odborném časopise The Lancet se můžeme dočíst, že za posledních 40 let BMI vzrostl z 21,7 kg/m² v roce 1975 na 24,2 kg/m² v roce 2014 u mužů a z 22,1 kg/m² na 24,4 kg/m² u žen. Zároveň se počet lidí s podváhou snižuje. Toto jsou platné výsledky pro 200 zemí z celého světa, které byly zkoumány (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Obezita také může být (ale není pravidlem) jedním z příznaků závislosti na jídle.

V současnosti není diagnóza závislosti na jídle zařazena do MKN – 10 ani do DSM – V, nicméně v budoucnosti zde toto onemocnění zřejmě nalezneme. Závislost na jídle je možné měřit pomocí validovaného dotazníku YFAS (Yale Food Addiction Scale) (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009). Dotazník YFAS zkoumá diagnostická kritéria závislosti ve vztahu ke konzumaci určitých potravin, které jsou sladké, slané, kořeněné a tučné. Každý Čech spotřebuje v průměru 40 kg rafinovaného cukru za rok, z čehož 15 % použijeme doma při dochucování, slazení kávy nebo pečení (Fontana, 2013).

Závislost na jídle má se závislostí na návykových látkách společné to, že působí na systém odměn (tzv. reward systém). Lidský mozek je naprogramovaný na systém odměn, který je pro náš život nezbytný. Lidé, kteří brali léky na potlačení pocitu slasti, aby lépe hubli, tohoto cíle dosáhli, ale začali trpět těžkými depresemi a někteří z nich spáchali sebevraždu (Lustig, 2015).

Tato práce je substudií projektu GAČR ADHD. Cílovou skupinou byli klienti terapeutických komunit, což je podle mého názoru velmi vhodná skupina pro tvorbu longitudinálních výzkumů. Data v této práci byla sbírána při vstupu klienta do TK a následně po 3 měsících v léčbě.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1) TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Terapeutické komunity (dále jen TK), jak je známe dnes, se začaly rozvíjet v polovině 20. století a to ve dvou rovinách. První „demokratické“ komunity byly určeny pro klienty s poruchami duševního zdraví a druhé „hierarchické“ terapeutické komunity zaměřené na klienty s drogovou závislostí. Oba druhy TK mají mnoho společného. Klienti se aktivně zapojují do své léčby a spolurozhodují o chodu TK. Oba typy se zakládají na principu síly skupiny, která je tvořena rovnocennými lidmi. Rozdíly můžeme najít pouze v cílové klientele komunit (Kalina, 2008a). Nápad vytvořit terapeutickou komunitu vznikl ve Velké Británii v období druhé světové války. V nemocnicích se léčilo mnoho vojáků, kteří trpěli neurotickými i psychosomatickými nemocemi. Vojáky bylo potřeba co nejrychleji vrátit zpět do boje, proto se začalo využívat technik skupinové psychoterapie. Tyto terapeutické komunity označujeme tedy jako demokratické (Kratochvíl, 1979; Šefránek, 2014).

Zhruba o deset let později se začal rozvíjet druhý směr terapeutických komunit – hierarchické, které vznikaly v americkém Synanonu, kde v roce 1958 vznikla první komunita, kterou provozovali bývalí uživatelé pro bývalé uživatele a odtud pocházejí kořeny anonymních alkoholiků (Janzen, 2001; Šefránek, 2014). Mezi základní principy patřily konfrontace s kýmkoli a pro cokoli, možnost vzestupu v hierarchickém společenství k nejvyšším pozicím, přičemž na každém stupni hierarchie měl člověk osobní i sociální stupeň odpovědnosti, pravomocí a nároků. Později se však Synanon začal uzavírat před světem a stal se z něho totalitní spolek, kde bylo zneužíváno moci a docházelo k manipulacím. První terapeutická komunita, která poskytovala lidem se závislostí strukturované společenství, byla Daytop Village, jejímž cílem bylo vrátit lidi zpět do normálního života bez drog (Kalina, 2008b).

V České Republice vznikaly TK také postupně. Nejprve to bylo oddělení založené Jaroslavem Skálou v Apolináři na principech TK v roce 1949. První „typickou“ TK založil Dr. Knobloch v roce 1954 v Lobči, která přijímala pacienty s neurózami a další komunity přibývaly (Kalina, 2008a). Oficiálně uznané jsou terapeutické komunity v ČR až v roce 2005, kdy se objevují v zákoně č. 379/2005 Sb. (Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

a o změně souvisejících zákonů), kde se v §20 písm. H objevují terapeutické komunity jako zdravotní či nezdravotní zařízení rezidenční péče v rozsahu 6 - 15 měsíců.

Definice terapeutické komunity

Definice terapeutické komunity je mnoho, jelikož se tato práce zabývá klienty v terapeutické komunitě, je vymezení tohoto pojmu důležité, a proto je zde na ukázkou několik z nich:

Terapeutická komunita léčí drogově závislé pomocí sociálně psychologického přístupu. Typické je společné bydlení s ostatními klienty v komunitě. TK poskytují sociální, lékařské, psychologické, právní a vzdělávací služby (De Leon, 2001).

Dle standardů odborné způsobilosti (Adameček, Libra, Šedivá, 2015) je odborná lůžková péče v TK střednědobá nebo dlouhodobá, která obvykle trvá 6 – 18 měsíců. Cílem tohoto lůžkového zařízení je pomoc klientům k úzdavě adiktologických poruch pomocí postupů, které podporují osobní rozvoj při dostání abstinence.

Dle Terminologického slovníku z oblasti alkoholu a drog (Palčová, 2000) je terapeutická komunita strukturované místo, kde žijí osoby s poruchami vyvolanými užíváním psychoaktivních látek, aby dosáhli rehabilitace. Mnohdy jsou TK specificky vytvořené pro lidi, kteří mají syndrom závislosti. Často mohou být vedeny lidmi, kteří sami v minulosti tento syndrom překonali. Samotnou komunitu najdeme spíše v odlehlých částech. Terapeutická komunita je typická tzv. „testováním reality“, což znamená, že klient konfrontuje své problémy s návykovou látkou. Klient nachází velkou podporu ze stran personálu a ostatních klientů.

Terapeutické komunity pomáhají lidem, kteří jsou závislí na návykových látkách, změnit jejich životní styl a reintegrovat je zpět do společnosti. Tito lidé ztrácí kontrolu nad svým životem, způsobují obrovské škody sobě i svému okolí. Cílem TK je naučit klienty, jak žít bez drog, nepáchat trestnou činnost, najít si a udržet práci a podílet se na rodinném životě. Chceme-li dosáhnout těchto výsledků, musí se lidé užívající návykové látky přizpůsobit terapeutickému rámci a zlepšit své sebeovládání během terapeutického procesu (Amram, Benbenishty, 2014).

Pravidla a principy terapeutické komunity

Léčba lidí, kteří užívají návykové látky, probíhá v naší zemi různými formami (ambulantní, ústavní, rezidenční). Za formu rezidenční je považována i léčba v terapeutické komunitě, kde jsou cílovou skupinou zejména uživatelé nelegálních návykových látek.

TK pro lidi závislé na návykových látkách vychází z těchto základních principů:

- 1) Motivovanost klienta k vlastní změně, což je základ pro úspěšné dokončení léčby a samotné resocializaci klienta.
- 2) Žití v komunitě se snaží být velmi podobné reálnému běžnému životu.
- 3) Zralá osobnost je schopná přijímat odpovědnost, proto se v komunitě tato schopnost trénuje a považuje se za základní pilíř léčby resocializace.
- 4) Člověk, který užívá návykové látky má právo o svém životě rozhodovat. Rozhoduje tedy o vstupu i o odchodu z komunity na základě své dobrovolné vůle.
- 5) Život ve společnosti je pro člověka přirozený. Ve společnosti utváříme základní vztahy. Terapie v terapeutické komunitě probíhá z tohoto důvodu zejména ve skupině.
- 6) Návrat z TK do běžného života je velmi obtížný, a proto musí být tento přechod postupný.
- 7) Život v komunitě je strukturovaný, což utužuje, zakotvuje a umožňuje vznik vnitřní struktury.
- 8) Terapeuti v TK jsou jenom průvodci a poradci klienta, nejsou odborníky na jeho život (Richterová Těmínová et al., 2003).

Pro léčbu v terapeutické komunitě je velmi důležité, aby se klienti cítili v bezpečí, což zajišťují mimo jiné i kardinální pravidla. Pokud je někdo poruší, většinou musí z komunity odejít. Patří mezi ně užití návykové látky i jejich skrývání, nabízení nebo prodej ostatním členům v TK. Dalším kardinálním pravidlem je použití fyzického násilí nebo jiná forma chování, která by mohla ostatní ohrožovat (krádež, úmyslné poškození majetku, vydírání atd.). V neposlední řadě patří mezi kardinální pravidla i zákaz sexuálních a milostných vztahů. Přestože je přirozené hledat si partnera a v něm možného spojence, ukazuje se, že tento zákaz svědčí ve prospěch klientů a jejich léčby. Pár by na sebe mohl strhávat velkou pozornost, vyvolávat v některých klientech napětí a žárlivost. Na sex a milostné vztahy se tým v TK dívá spíše jako na útěk od svých problémů a nechuti je řešit (Kalina, 2008b).

Fáze léčby v terapeutické komunitě

Léčba a pobyt v rezidenční léčbě je rozdělen do fází. Každá fáze klade na klienta práva, povinnosti a pravidla, rozdíl ve fázích je zřetelný na míře odpovědnosti, která je na klienta kladena. Obvykle je léčba rozčleněna do čtyř fází (Kalina et al., 2001).

NULTÁ FÁZE - počáteční nultá fáze trvá dva ale i více týdnů. Probíhají vstupní procedury a zkoumají se klientovi potřeby. Hledají se řešení, která by pomohla akutním problémům klienta, aby se minimalizovaly stresové situace a klient neměl potřebu komunitu předčasně opustit. Klient se v této fázi účastní programu komunity, ale ještě není jejím členem. O začlenění do komunity musí požádat. Vstup probíhá pomocí přijímacího rituálu a podepsáním kontraktu (Kalina et al., 2001; Kalina, 2008b).

PRVNÍ FÁZE - trvá obvykle tři měsíce (při jednoroční léčbě). Dbá se zejména na změnu negativního chování a klient pracuje na náhledu o škodlivosti drog a postojí, že za klientovi problémy mohou drogy. Klient se učí životu bez drog a pravidlům komunity. O přestup do další fáze je třeba opět požádat celou komunitu, která hodnotí klienta a o případném přestupu rozhoduje. Opět je zde rizikem předčasný odchod z komunity. Klienti zažívají velké změny a život v komunitě pro ně může být náročný. Někomu může dělat problém přestup do další fáze léčby (Kalina et al., 2001; Adameček 2007).

DRUHÁ FÁZE - je časově nejdelší a trvá zhruba 6 měsíců, to znamená téměř polovinu léčby. Klient přijímá, začíná prosazovat naučené hodnoty komunity a je zapojen do odpovědných rolí. Cílem této fáze je, aby klient sám sebe našel a vztahy, které má k ostatním členům komunity, vyjadřoval pomocí emocí. Klient se postaví čelem ke své minulosti a seznámí s ní i ostatní. V této fázi začíná klient pracovat s rodinou na zlepšení jejich vztahů pomocí rodinné terapie (Kalina et al., 2001, Kalina, 2008b).

TŘETÍ FÁZE - trvá přibližně tři měsíce, některé terapeutické komunity nemají třetí fázi a klienti po dokončení druhé fáze pokračují v léčbě následnou péčí. Klient se zaměřuje na vztahy s rodiči, přáteli, partnery a také s lidmi mimo komunitu. Léčba je zaměřena na budoucí plány a život po komunitě, proto klienti tráví mnohem více času mimo komunitu. Klienti zodpovídají za průběh některých aktivit. Jedinci jsou schopni poznat své hranice, plně si uvědomují svou minulost a vyhýbají se rizikovým místům a situacím, které by mohly vést k relapsu. Vyhýbají se dlouhodobému stresu a umí relaxovat. Hledají si nové bydlení a zaměstnání. Závěrem této fáze je ukončení léčby, které probíhá pomocí

výstupního rituálu a klient z terapeutické komunity odchází (Kalina et al., 2001; Adameček, 2007).

Klienti v terapeutické komunitě

Velmi důležitým prvkem léčby v TK je režim, který je vytvářen souborem pravidel samotného programu terapeutické komunity. Do režimu je zařazen nejenom časový rámec, ale i klientovi povinnosti a nároky na jeho chování. V režimu TK jsou zahrnuty i způsoby hodnocení chování. Je běžné, že je v terapeutické komunitě vyžadovaná okamžitá změna chování, k této změně mohou pomoci klienti, kteří jsou v komunitě delší dobu tím, že dávají zpětnou vazbu. Terapeutická komunita je místem, kde klienti už nemohou jednat jejich dlouhou dobu užívaným způsobem, tedy řešit situace užitím návykové látky. Klienti v komunitě zažívají mnoho pocitů, se kterými se učí pracovat a vyjádřit je slovy s pomocí skupiny a terapeutů (Richterová Těmínová et al., 2003).

Terapeutické komunity pohlíží na každého klienta s úctou a s respektem, zastávají názor, že člověk je bytost s rozumem a svobodnou vůlí, která v sobě skrývá velký potenciál dobra. Klienti, zejména ve vyšších fázích, jsou členy komunity. Klient po písemné či ústní dohodě aktivně využívá služeb personálu. Respektuje pravidla, je schopný práce a jiných aktivit. Členem komunity se člověk stává až po obtížném zapojení a dalších změnách. Je to jakási ideální a vyspělá role. Každý klient je velmi důležitým prvkem skupiny v TK. Ve skupině dochází k vzájemnému napodobování, soudržnosti, uznávání a sounáležitosti mezi členy. Klienti se v rámci svých možností účastní na odpovědnosti a moci v terapeutické komunitě (Kalina, 2008b).

Ukazuje se, že dvě třetiny klientů TK tvoří muži. Nejčastěji v TK najdeme klienty, kteří se léčí od nelegálních návykových látek, které užívali injekčně (84 %). Zejména se jedná o klienty abstinující od stimulancií (pervitin 81 %). Klienty, kteří se léčí od alkoholu či nelátkových závislostí najdeme v TK v minimální míře. V roce 2015 se pouze 3 % klientů léčilo se závislostí na alkoholu a od nelátkové závislosti žádný klient (Mravčík et al., 2016).

Tabulka 1 ukazuje, že se už několik let počet certifikovaných i necertifikovaných komunit neliší. V letech 2010 – 2015 bylo v naší zemi celkem 10 certifikovaných terapeutických komunit, ve kterých se léčilo zhruba 400 klientů za rok.

Tabulka 1 Terapeutické komunity a jejich klienti v období 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Počet certifikovaných terapeutických komunit	10	10	10	10	10	10
Počet programů registrovaných jako terapeutická komunita v ČR	14	14	14	16	17	17
Počet klientů v certifikovaných terapeutických komunitách	408	402	402	420	401	394

Zdroj: Upraveno dle Mravčík et al., 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

2) ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder neboli ADHD je porucha, jejímiž charakteristickými znaky jsou hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti. Jedinec s typickou formou ADHD je typický vlastnostmi jako je hyperaktivita, impulzivita, zapomnětlivost, nepozornost, konfliktní a opoziční jednání k autoritám (Žampachová et al, 2015). Pozornost i vytrvalost bývá rychle stržena zajímavějšími aktivitami. V MKN-10 najdeme pod klasifikací F 90.0 Poruchu aktivity a pozornosti, která je blíže charakterizována jako nedostatek pozornosti s hyperaktivitou a syndrom pozornosti s hyperaktivitou a pod F 90.1. Hyperkinetickou poruchu chování (ÚZIS, 2014).

ADHD je diagnostikováno symptomaticky podle DSM-V. Obecně platí, že splňující kritéria pro ADHD diagnózu lze rozdělit do tří skupin:

1. Dítě trpí pouze nepozorností. Toto se označuje jako ADHD v důsledku nepozornosti.
2. Dítě trpí hyperaktivitou a impulsivitou. Toto nazýváme ADHD v důsledku hyperaktivity a impulzivity.
3. Dítě má všechny tři kritéria: nepozornost, hyperaktivitu a impulsivitu. Označované jako kombinovaná forma ADHD.

Dle DSM-V se ADHD v běžné dospělé populaci vyskytuje častěji u mužů než u žen a to v poměru 1,6:1. U žen se více objevují příznaky nepozornosti. Děti s ADHD mají zvýšené riziko, že v dospělosti budou trpět antisociální poruchou osobnosti nebo poruchou užívání návykových látek. Přičemž pravděpodobnost, že se porucha užívání návykových látek rozvine, je zvýšená, obzvláště pokud se objeví porucha chování či antisociální porucha osobnosti.

Výsledky v zobrazovacím vyšetření mozku ukazují, že kombinovaná forma vychází z abnormalit z prefrontální kůry, zatímco ADHD v důsledku nepozornosti má kořeny v jiné části mozku. Z toho důvodu si odborníci myslí, že by ADHD z nepozornosti mělo být odstraněno z ADHD diagnostiky a označováno za samostatnou poruchu. Diagnózu ADHD v důsledku hyperaktivity a impulzivity navrhovali odstranit, a to z důvodu, že po určité době trpí těmito příznaky všechny osoby s ADHD diagnózou, proto je toto vymezení zbytečné (Garland, 2014).

Někdy je složité ADHD diagnostikovat, jelikož některé léky mohou vyvolávat nepozornost, neklid, podrážděnost či problémy s myšlením, tedy symptomy podobající se poruše pozornosti s hyperaktivitou. Mezi tyto léky mohou patřit léky k léčbě epileptických záchvatů, některá antidepresiva, léky na astma atd. Samozřejmě i některé drogy mohou vyvolávat symptomy, které se podobají ADHD. Například marihuana nebo alkohol mohou způsobit nepozornost (Munden, Arcelus, 2006).

Porucha pozornosti se projevuje přebíháním od jedné činnosti ke druhé, soustředěnost trvá kratší dobu, osoby s ADHD dokáží velmi těžko udržet pozornost zejména při nudných a nezajímavých činnostech (Paclt, 2007b). Hyperaktivitu můžeme pozorovat jako neklid, neschopnost relaxace nebo jako nepotřebné a unáhlené pohyby, které často neodpovídají situaci. U osob s ADHD je typické, že se snadno nechají vyprovokovat, skáčou si do řeči a jsou velmi impulzivní a agresivní, což často vede ke konfliktům. Vymykají se společnosti, dlouhodobá přátelství nemají, ba dokonce mohou být v kolektivu neoblíbení (Drtílková, 2007a).

Každý člověk zažívá nějaké emoce a pocity, ovšem v nynějším světě si vybírá, které emoce dá najevo a které ne, některé projevy emocí zesílí a některé naopak potlačí. Lidé s ADHD prožívají stejné emoce, ale nedovedou je řídit a ovládat. Pacienti s ADHD mají také velmi často problémy se stanovováním priorit úkolů, jejich pozornost se přesouvá

rychle za jinými podmínkami. Lidé s ADHD tvrdí, že momentální emoce často spolyká celý prostor v jejich hlavě, jako počítačový virus může spolknout vše na pevném disku a vytěšňovat další významné pocity a myšlenky (Brown, 2014).

Přetrvávající příznaky ADHD v dospělosti mohou dotyčným velmi znepríjemnit život. Nepozornost vede k nesnázím během jednání či čtení. Dospělým jedincům unikají detaily, informace a často dělají chyby při jízdě autem nebo v pravopise. Tyto komplikace poté mohou omezovat naplnění jejich cílů a potlačit jejich potenciál. Tito lidé se nedokáží soustředit ani na běžný rozhovor, ztrácí kontext hovoru, jejich plánování a organizace jsou velmi chaotické, proto na nás mohou působit jako nespolehliví opozdilci, kteří zapomínají věci i informace. Lidé s ADHD velmi těžce snášejí stresové situace a rychle propadnou špatné náladě (Munden, Arcelus, 2006).

ADHD klienti se syndromem závislosti

Jelikož ADHD představuje velké mezery v emoční, kognitivní a vztahové oblasti, můžeme u těchto jedinců pozorovat vyšší výskyt depresí, abusu návykových látek, kriminality apod. (Žampachová et al, 2015). Pokud jsou lidé s ADHD závislí na návykových látkách, velmi jim to komplikuje léčbu závislosti. Tento fakt souvisí s vyšší impulzivitou a horším sebeovládáním, také se však hledí na užívání návykových látek jedinci s ADHD jako na určitý druh samoléčby - určité návykové látky (např. alkohol či marihuana) mohou na krátkou dobu přinášet zklidnění a úlevu od stresu, stimulancia působí opačně, mohou jedincům přinášet větší koncentraci a soustředění. Nicméně zápory, které užívání těchto látek přináší, převažují (Čermáková et al., 2013).

Syndrom ADHD přetrvává asi u 40 – 50 % pacientů do dospělého věku. Ve většině případů impulzivita a hyperaktivita postupně upadá, ale poruchy pozornosti i nadále zůstávají, což se může projevit užíváním návykových látek nebo duševní poruchou (Cahová et al., 2010; Paclt, 2007a). Zdá se, že ADHD může být také jedním z faktorů, které mohou být příčinou vzniku patologického hráčství (Munden, Arcelus, 2006).

Rubášová (2015) ve své pilotní studii popisuje, že se u uživatelů návykových látek v TK objevila vysoká míra prevalence potenciální diagnózy ADHD. Symptomatologii ADHD vykazovalo 56,6 % klientů. V rezidenční léčbě se u klientů s ADHD projevilo mnohem více komplikací v léčebném režimu, což zvyšuje možnost předčasného ukončení léčby (Kalina et al., 2014).

3) DUÁLNÍ DIAGNÓZY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ

O člověku s duální diagnózou mluvíme tehdy, pokud má diagnózu obsahující zneužívání alkoholu nebo jiné návykové látky a navíc i nějakou jinou diagnózu, většinou psychiatrickou (např. poruchu osobnosti, nálad nebo schizofrenii) (Kalina et al, 2001).

EMCDDA (2004), která čerpá ze zahraničních studií, udává, že komorbiditou, tedy více než jednou duševní poruchou nebo poruchou osobnosti trpí 30 až 50 % uživatelů drog.

Diagnózy se velmi těžce tvoří, jelikož se znaky a symptomy závislosti překrývají s jinými diagnostickými jevy. Další obtíží je, že se diagnózy mohou navzájem podmiňovat a prohlubovat příznaky obou diagnóz (Kalina et al, 2001). Jak uvádí Nešpor (2003) je velmi obtížné duální diagnózu diagnostikovat. Odvykací stav, toxická psychóza, samotný syndrom závislosti atd. mohou být velmi podobné kterékoli další duševní nemoci jako je např. schizofrenie nebo poruchy osobnosti. Z tohoto důvodu je obtížné stanovit diagnózu pouze po jednom vyšetření. Některá psychiatrická onemocnění mohou být vyvolána užíváním návykových látek, proto je doporučováno např. u depresí měsíc před určením diagnózy abstinovat. V jiném případě může syndrom závislosti překrývat duševní poruchu a znemožňuje její rozeznání. Ženy se za své užívání stydí více než muži, proto často nepřiznají užívání návykových látek a mluví pouze o duševních obtížích.

Miovská et al. (2008) upozorňují na komplikace, které se mohou u lidí s duálními diagnózami objevit, které komplikují zapojení klientů či pacientů do programu. Mezi tyto komplikace patří:

- Proces zapojení do programu v léčbě je omezen a jedinci z něho nedokáží tolik profitovat a udržet se v něm.
- Riziko vzniku situací, které by mohly vést k relapsům a dalším komplikacím léčby.
- Objevení značných komplikací při nedodržování abstinence jako např. problematická diagnostika.
- Personál musí zvládat nápor a nároky, které přináší práce jak s „běžnými“ klienty či pacienty, kteří trpí psychiatrickými onemocněními, tak zároveň práci s jedinci se závislostí.

Často se lidé s poruchami pozornosti samomedikují alkoholem nebo marihuanou, eventuálně kokainem, jelikož dokáží člověka zklidnit. Kokain obsahuje podobné složky,

kterými se poruchy pozornosti léčí. Nicméně důvodů pro užívání psychotropních látek u lidí s poruchami pozornosti je mnoho. Pro někoho je cílem zažít pocity štěstí, další chtějí utišit bolest, odreagovat se, oddechnout si nebo se začlenit do kolektivu. Tito lidé zažívají jiné vnímání a prožívání, což jim v životě způsobuje zmatek a vnitřní bolest, kterou se snaží mírnit návykovými látkami. Z toho důvodu mnohdy lidé s poruchou pozornosti trpí dalšími potížemi, zejména depresí, patologickým hraním a alkoholismem (Hallowell, Ratey, 2007).

Nevšímal (2007) uvádí, že klienti s duální diagnózou v terapeutické komunitě potkají mnohá úskalí, mezi která patří nebezpečí neúměrných požadavků, jež mohou vést k nepřiměřené zátěži. Dalším rizikem je možné zhoršení stavu klienta, který by mohl přejít do chronicity. Na druhou stranu, pokud budou terapeuti na klienta brát velké ohledy, mohlo by to vést k vyčlenění ze skupiny od ostatních klientů. U lidí s duální diagnózou se také potvrzuje velké riziko relapsu.

4) NUTRICE A ADHD

Jak jídlo působí na náš mozek

Ačkoli mozek tvoří pouze 2 – 2,7 % tělesné hmotnosti, sám spotřebuje 25 % dodávek glukózy v těle a 19 % krve v klidovém režimu. Při zvýšení fyziologické neurální aktivity vyvolané vizuálním nebo hmatovým podnětem se průtok krve mozkiem může zvýšit až na 50 % a příjem glukózy se může zvýšit až na 51 % (Haller, 2005).

Přebytek či nedostatek určitých potravin může přímo ovlivňovat biochemii mozku a tím následně i chování. Například potraviny, které jsou složeny z jednoduchých cukrů (nejčastěji sladkosti) po požití velmi rychle zvýší hladinu cukru v krvi. Na tento stav reaguje tělo vyplavením velkého množství inzulínu, což vede k hypoglykémii. Tento proces působí na chování dítěte tak, že se po sněžení jednoduchých cukrů a jejich přítomností v krevním oběhu stane dítě neposedné a neklidné. Následně po vyplavení velkého množství inzulínu a tedy rychlým poklesu hladiny cukru v krvi, začne být dítě agresivní. Z tohoto důvodu je vhodné přijímat potraviny, které mají nižší glykemický index (Speck, 2009).

Limbický systém, nukleus accumbens a globus palidus to jsou mozkové okruhy, které jsou pro projevení odměny prvořadě u lidí užívající návykové látky. Každá návyková látka působí na každou část mozkových okruhů trochu jinak, ale závěr je stejný. Dopamin, který je zřejmě hlavním neuropřenašečem odměny a posilování, se uvolňuje v hipokampu a nucleus accumbens. Dalšími přenašeči jsou serotonin, noradrenalin a GABA. Za normálních okolností tyto neuropřenašeče pracují spolu v proudu vzrušení a útlumu, což v konečné fázi vede k pocitu pohody tedy „odměny“. Defekt v mezibuněčných vzájemných působení vede k úzkosti, hněvu a dysforii nebo k „bažení“ po látce, která špatné emoce odbourá (Höschl, 1996).

Je dobré redukovat systém odměny na tzv. „hédonickou dráhu“. Tedy dráhu s primitivními emocemi, touhou po reprodukci a instinktem k přežití. Pokud nebudeme poslouchat své tělo a jíst, i přestože jsme již syti, začneme přibírat kila. Časem se tedy může stát, že budeme potřebovat více látky, abychom dosáhli stejného účinku. Často se proto stává, že lidé závislí na alkoholu vymění jejich stimul za jinou látku v podobě kofeinu, nikotinu nebo cukru (Lustig, 2015). Dvořáček (2008) popisuje, že systém odměny je vývojově starý mechanismus, který je významný pro přežití. Vyplývá z dopaminové hypotézy, kdy efekt odměny po užití drogy závisí na činnosti mesolimbického dopaminergního systému. Podle tohoto modelu se díváme na syndrom závislosti jako na chronické recidivující onemocnění mozku.

Pocit hladu je prvotním signálem a konečným je pocit sytosti. V postraních hypothalamických jádrech (zejména nukleus paraventricularis) je centrum, které vyvolávají pocit hladu, ve ventromediálních hypothalamických jádrech je uloženo centrum sytosti (Kocourková, Koutek, Lebl, 1997).

Serotonin se podílí na regulaci chuti k jídlu, při jeho zvýšení dochází k pocitu plnosti. Zvýšená serotonergní aktivita také participuje na rizikových (úzkostných, obsedantních, perfekcionistaických a vyhýbavých) osobnostních rysech (Papežová, 2010). Serotonin díky svým receptorům omezuje příjem velmi lahodné potravy. Zásobuje nervovými vlákny kmenová jádra a skrze gastrointestinální vlákna usměrňuje krátkodobý pocit nasycení (Brunerová, Anděl, 2014).

Ukázalo se, že endokanabinoidní systém hraje velkou úlohu v regulaci příjmu potravy. Můžeme rozlišit dva typy kanabinoidních receptorů. Prvním je CB1 receptor, který je

především na presynaptických zakončeních neuronů v CNS (pro regulaci příjmu potravy je důležitý zejména hypothalamus). Druhým receptorem je CB2, který se vyskytuje zejména v buňkách imunitního systému. Hlavně v jádrech hypothalamu odpovídajících za regulaci příjmu potravy se nachází vysoká koncentrace CB1 receptorů, a proto je patrné, že se endokanabinoidy účastní na regulaci příjmu potravy (Martykánová, 2010). Receptory endokanabinoidů jsou v mozku aktivovány při akutních i chronických stresových nebo nežádoucích podmínkách jako adaptivní reakce. Bylo zjištěno, že CB1 receptory jsou aktivovány po krátké potravinové deprivaci (Matias & Di Marzo, 2007).

Noradrenergní systém významně působí na energetický metabolismus. Podílí se na uvolňování inzulínu, má vliv na odpověď na stres (zejména u posttraumatické stresové poruchy zvyšuje reaktivitu). Noradrenergní receptory $\alpha 2$ exhibují příjem potravy, kdežto $\beta 3$ receptory naopak tento proces utlumují. Předpokládá se, že sympatikus je odpovědný za původ obezity navozené dietou (Papežová, 2010).

Výzkumy ukazují, že i opioidní receptory se podílejí na regulaci příjmu potravy. Dokonce bychom mohli předpokládat, že opioidní antagonisté by mohli mít vliv na snížení hmotnosti, protože snižují pocit odměny po požití chutných potravin (Cota, Tschop, Horvath, & Levine, 2006)

Cholinergní systém společně s dalšími neurotransmitery hraje roli při příjmu tekutin, potravy a sexuálním chování (Papežová, 2010).

Závislost na jídle a ADHD

V současné době se velmi diskutuje o tom, zda existuje závislost na jídle. Odborníci se v pohledu na tuto problematiku neshodují a rozdělují se na dvě skupiny. Ashley Gearhardt společně se svými kolegy tvrdí, že závislost na jídle existuje a vytvořili dotazník závislosti na jídle s názvem YFAS (Yale Food Addiction Scale) (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009). YFAS je v současné době validizován i pro dětskou populaci (Gearhardt, Roberto, Seamans, Corbin, & Brownell, 2013). Další skupinou odborníků jsou Gail Marcus a Phil Werdell z Institutu závislosti na jídle, kteří se snažili přesvědčit psychiatry o potřebě zahrnout závislost na jídle do nového Diagnostického a statistického manuálu 5. revize

(Institut závislosti na jídle, 2012). Tato snaha však byla marná a závislost na jídle v DSM-V nenajdeme.

Závislost na jídle není jen závislost projevující se aktivací systému odměn, ale také nežádoucím chováním. Z čehož vyplývá, že by bylo možné řadit závislost na jídle k behaviorálním závislostem. DSM-V uvádí, že do podkategorií behaviorální závislosti patří například závislost na sexu, závislost na cvičení nebo kompulzivní nakupování, které bohužel pro nedostatek důkazů nemohly, být použity jako diagnostická kritéria. V současné době je jedinou diagnostikovanou behaviorální závislostí patologické hráčství.

Výzkum z roku 2011 ukazuje, že lidé, kteří podle dotazníku YFAS splňují diagnostická kritéria závislosti na jídle, vykazují častěji komorbiditu dalších poruch jako je záchvatovité přejídání, depresivita nebo ADHD. Respondenti vykazovali zvýšenou chuť k jídlu (food craving). Dále se ukázalo, že lidé s diagnostikovanou závislostí na jídle mají zvýšenou emocionální reaktivitu, což se projevuje tím, že se sebe-uklidňují konzumací jídla (Davis et al., 2011).

Potraviny s vysokým glykemickým indexem, činí nesnáze jedincům, kteří mají problém se závislostním jezením, jelikož tyto potraviny podporují závislost na jídle (Schulte, Avena, & Gearhardt, 2015). Glykemický index ukazuje, o kolik se zvýší hladina glykémie (hladina krevního cukru) po konzumaci potravin. Potraviny, které jíme, by měly mít nižší nebo střední glykemický index, aby glykémie v krvi byla co nejvyrovnanější a neměla kolísavý charakter. Vysoký glykemický index mají potraviny, které obsahují jednoduché cukry (slazené limonády, cukrovinky) a naopak potraviny bohaté na vlákninu a proteiny mají glykemický index nižší (Chrpová, 2010).

Meta-analýza ukázala, že závislostí na jídle trpí 19,9 % populace, přičemž dvakrát vyšší je u lidí s nadváhou / obézních vzorků populace ve srovnání s těmi, kdo mají zdravé BMI (24,9 % a 11,1% v uvedeném pořadí) a u žen více než u mužů (12,2 % a 6,4 %, v tomto pořadí). Prevalence závislosti na jídle byla také vyšší u dospělých starších 35 let ve srovnání s mladšími dospělými pod 35 let (22,2 % a 17,0 % v uvedeném pořadí). U jedinců s poruchami příjmu potravy byla prevalence závislosti na jídle (57,6 %), což je více než u jedinců bez klinické diagnózy poruch příjmu potravy (16,2 %). Průměrný počet příznaků byl tři ze sedmi možných a nejčastějším příznakem u 70 % respondentů studií

byla "neutuchající touha nebo neúspěšné pokusy omezit příjem potravy" (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, & Burrows, 2014).

Dle DSM-V je u lidí s ADHD vyšší pravděpodobnost obezity. V průzkumu, který byl publikován v roce 2015, vyplývá, že děti v rozmezí 7 – 17 let, které měly ADHD, trpěly více nadváhou a obezitou než kontrolní skupina dětí bez ADHD (Turkoglu, Bilgic, a Akca, 2015).

PET zobrazovací studie prokázaly, že chemické látky, které aktivují systém odměny v mozku, se vážou na podstatně menší množství receptorů u lidí s ADHD než u zdravé kontrolní skupiny (Brown, 2014).

V čem se liší FA od poruch příjmu potravy?

Diagnostický a statistický manuál páté revize uvádí, že pro poruchy příjmu potravy a jídelního chování je typická trvající porucha výživy nebo chování, která je spojena se stravováním. Toto vede ke změně konzumace či přijímání jídla, což s sebou nese značné funkční narušení v oblasti tělesného zdraví nebo v oblasti psychosociální. U závislosti na jídle se mohou objevovat podobné symptomy, které jsou typické pro užívání návykových látek jako je craving nebo vzorec nutkavého chování.

Studie dopaminových mechanismů u lidí trpících bulimií a záchvatovitým přejídáním, ukázaly, že tito lidé mají zvýšenou frekvenci dopaminových přenašečů a polymorfismus D2 receptorů. Opakující se přísun chutné potravy a kalorií podporuje neurochemické změny. Prokazatelně se zvyšuje hladina dopaminu v reakci na potravinové stimuly. Během jezení můžeme pozorovat různé aspekty související se systémem odměny. Ukazuje se, že hladiny dopaminu v plášti nukleus accumbens se zvyšují pouze, pokud se jedná o jídlo nové nebo chutné, zatímco v jádru se hladina dopaminu zvyšuje bez ohledu na chutnost či novotu (Bello & Hajnal, 2010).

Tabulka 2 Rozdíl mezi běžnou konzumací, emoční konzumací a závislostí na jídle

Normální konzumace jídla (s obezitou)	Emoční konzumace jídla (porucha příjmu potravy)	Závislost na jídle (chemická závislost)
<p>Problém je fyzický:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Váha, hmotnost 	<p>Problém je fyzický, psychický a emoční:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Přejídání se, omezování se • Nevřešené trauma • Hmotnost (nadváha, podváha) 	<p>Problém je fyzický, psychický, emoční a spirituální:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fyzický craving • Psychické nutkání • Sebekritičnost • Trauma • Hmotnost
<p>Řešení je fyzické:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upravení jídelníčku • Cvičení • Změna životního stylu 	<p>Řešení je psychicky-emoční</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naučit se pracovat se svými pocity • Léčit emoční trauma a přestat iracionálně přemýšlet • Stejně řešení jako u normální konzumace jídla 	<p>Řešení je fyzické, psychické, emoční a spirituální:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinence od potravin, které vedou k záchvatovitému přejídání • Zaměření na myšlenky a pocity • Disciplinovaný duchovní rozměr • Stejně jako u předchozích dvou
<p>Jak pracovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vůle • (přijímat méně kalorií a vydávat více) 	<p>Jak pracovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Změnit iracionální myšlení • Vyřešit trauma 	<p>Jak pracovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odhodlání řešit chronický stav (nejíst návykové potraviny, požádat o pomoc, práce na spirituálním programu)

Zdroj: Werdell, 2010

Závislost na jídle - podobné příznaky jako při jiných závislostech

Frouzová (2003) popisuje, že výzkumy, které sledovali vznik závislosti, potvrzují, že se lidé stávají závislými na návykových látkách pro jejich účinky, které jim měnili současný

stav vědomí, a tím lidem pomáhaly v řešení jejich problémů. Jedinec po aplikaci návykové látky dosáhl takových pocitů a stavů, po kterých toužil. Zde je pro představu šest základních vlastností, které drogy nabízejí:

- 1) Jedinec má větší moc nad sebou samým i nad ostatními a zároveň dosahuje větší kontroly.
- 2) Dokáže zrychlit a zkvalitnit jedincův vývoj, proto může lépe chápat sám sebe a smysl své existence.
- 3) Mohou zničit akutní či dlouhodobé nepříjemné stavy, které se projevují např. pocitem, že člověk za nic nestojí, který je doprovázen duševní poruchou nebo fyzickou nemocí.
- 4) Vzbuzují pocit slasti a příjemný pocit je ještě více prohlouben smyslovými zážitky, které jsou mnohem intenzivnější.
- 5) Umožňují jedinci cítit se lépe mezi ostatními uživateli.
- 6) Intoxikovaný je zbaven pocitů sebezpytování, takže se neobjeví ani žádné výčitky svědomí. Droga pomáhá jedincům, kteří žijí asociálním životem, jelikož posiluje sebestřednost.

Nadměrná konzumace jídla a drogová závislost mají mnoho společných znaků. Velmi tučné a velmi sladké potraviny se stejně jako návykové látky užívají k regulaci emočních stavů a k vyrovnání se se stresem. Jedinci užívající návykové látky i lidé konzumující tučné a sladké potraviny zažívají craving v návaznosti na příslušné podněty z jejich okolí a můžeme u nich pozorovat zvýšenou aktivitu limbického systému (Stojek, Fischer, & MacKillop, 2015).

Ukazuje se, že potraviny s vysokým obsahem tuků nebo rafinovaných karbohydrátů (např. cukr, bílá mouka) asociují s behaviorálními ukazateli závislosti na jídle (Schulte et al., 2015).

Jedinci, kteří vykazují znaky závislosti na jídle, jsou zřejmě citlivější na zvýšenou hladinu cukru v krvi, kterou způsobují potraviny s vysokým glykemickým indexem. Stejně tak jako lidé závislí na drogách zažívají po aplikaci návykové látky nájezd, mohou i závislí na jídle prožívat tento pocit díky zvýšené hladině cukru v krvi. Velký význam hraje dávka a rychlost vstřebávání návykové látky (Schulte et al., 2015).

U obézních dětí je prokázán dřívější rozvoj závislosti na alkoholu a nikotinu. Vyšší hodnoty BMI nalezneme zejména u dětí s autismem a ADHD. Obezita a ADHD se

projevují společnými znaky jako je například impulzivita, která je příčinou základních neurologických dysfunkcí. Obézní děti a ADHD mají značné problémy s dodržáním dietního plánu a sebekontrolou (Zlatko et al., 2012). Dvojnásobně větší pravděpodobnost výskytu obezity mají ženy, které mají v rodinné anamnéze závislost na alkoholu, ve srovnání s těmi, které závislost na alkoholu v rodinné anamnéze nemají. Tento vztah byl zkoumán také u mužů, ale zde nebyla prokázána významná souvislost (Gruzca RA et al., 2010).

Psychoaktivní návyková látka ovlivňuje systém odměny v mozku a neustálým opakováním účinku látky, vzniká závislost. Závislost vzniká nadužíváním psychoaktivní látky a účinkem její kladné zpětné vazby změněného vnímání a prožívání po jejím užití. Jedinci neprožívají skutečnou realitu, čímž dochází k izolaci od autentického prožívání a osobnostní obrany se značně posilují. Užívání látky má u jedince přednost před ostatním jednáním, kterého si dříve více vážil (Jeřábek, 2015).

MKN-10 i DSM-5 definují závislost jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů. Odborníci na závislosti rozdělují závislost na látkovou a nelátkovou (behaviorální). V Mezinárodní klasifikaci nemocí desáté revize (MKN-10) najdeme závislost vyvolanou psychoaktivními látkami pod kódem F10-F19, jedná o tzv. poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Pokud by závislost na jídle skutečně existovala, museli bychom ji zařadit do jiné kategorie nemocí, nejpravděpodobněji k behaviorálním závislostem.

MKN-10 označuje behaviorální závislosti jako Nutkavé a impulzivní poruchy (F63). Jedná se o poruchy chování, které jsou typické opakovaným jednáním, nemají žádnou jasnou logickou motivaci. Jedinec nedokáže tyto činy ovládat a poškozuje nejen jeho zájmy, ale i zájmy ostatních lidí. Chování nositele této poruchy je vyvoláno impulzy. Mezi nutkavé a impulzivní poruchy patří patologické hráčství, patologické zakládání požárů (pyromanie), patologické kradení (kleptomanie), trichotillomanie a další nutkavé a impulzivní poruchy. Závislostní chování nalezneme i u jiných nemocí jako například nadměrné sexuální nutkání (F52.7) nebo u poruch příjmu potravy (F50), kde je mysl a chování člověka ovládáno vtíravými myšlenkami (Světová zdravotnická organizace, 2009).

Pokud jde o intoxikaci, DSM-IV uvádí, že "Mezi nejčastější změny patří poruchy vnímání, bdění, pozornost, myšlení, úsudku, chování psychomotorické a interpersonální chování" Konzumace rafinovaných potravin může vést ke stavu podobnému opilosti. DSM-IV popisuje čtyři kritéria nadužívání, která zahrnují neplnění hlavní povinnosti své role, opakované užití látky v situacích, které jsou nebezpečné (jako je například řízení auta, právní problémy související s návykovou látkou a další užívání, i přes vznikající sociální nebo mezilidské problémy vzniklé působením látky. Závislí na rafinovaných potravinách uvádějí, že nejsou schopni pečovat o děti, protože se cítí příliš obézní, unavení a po požití mají vztek. Také říkají, že usínají za volantem. Právní problémy nemají, protože konzumace rafinovaných potravin není nezákonná (Ifland, 2009).

Mezi předpokládané příznaky ADHD patří ovlivnění hladiny dopaminu. Je ovšem zajímavé, že stimulanty (jako léky a alkohol) mohou zvýšit množství neurotransmiteru dopaminu v systému odměny u zdravého jedince, přičemž léky způsobují snížení příznaků ADHD, ale alkohol zdánlivě příznaky zvyšuje. Stimulační drogy mohou snížit příznaky ADHD tím, že zvýší soustředění, sníží hyperaktivitu a jedinec se více sebeovládá. Nicméně mohou se objevit nežádoucí účinky, které negativně ovlivní sociální fungování. Někteří jedinci s ADHD si všimli, že po užití stimulantů mají sníženou chuť k interakci s ostatními, místo toho spadnou do hyper-soustředěného stavu (někdy označované jako "zombie" stavu), kdy sociální vztahy zanedbávají a více se soustředí na práci rukou. Výzkumy ukazují, že stimulační léky a léky s tlumivým účinkem způsobují zvýšení hladiny dopaminu. Tlumivé drogy (anebo alkohol) však snižují aktivitu centrálního nervového systému, což vede k symptomům podobným ADHD. Stimulační léky zvyšují množství dopaminu, aniž by snížily aktivitu centrálního nervového systému, toto zvýšení hladiny dopaminu může pomoci vrátit fungování ADHD jedince na "normální" úroveň (Thompson, Miller, 2013).

Podle výzkumu z roku 2011 vyplývá, že čím těžší je závažnost hyperaktivity nebo nepozornosti, tím nižší je nervová odpověď dopaminergního systému. Lze tedy říci, že systém odměn u lidí s ADHD nefunguje správně (Stark et al., 2011). Výzkum, který se zaměřil na kouření matek v těhotenství, zjistil, že většina matek, které v těhotenství kouřily, měly děti s ADHD, jelikož nikotin zřejmě potlačuje dopaminergní systém odměn (Thapar et al., 2003).

Stravování a ADHD

K léčbě ADHD je využíváno mnoho psychofarmak, většinou se jedná o stimulanty. Jeden z nejvíce používaných způsobů léčby ADHD je stimulant s názvem methylfenidát (Ritalin)(Berger, Dor, Nevo, & Goldzweig, 2008). Jaký je vliv léčby methylfenidátu na intravenózní uživatele drog, bylo také zkoumáno výzkumem, který byl proveden v letech 2007 až 2013. Bylo zjištěno, že na pacienty, kteří byli závislí na metamfetaminu a vyskytla se u nich další komorbidní diagnóza v podobě ADHD, měl methylfenidát lepší léčebné účinky než na ostatní pacienty (Minarik, Gabrhelik, Malcolm, Pavlovská, & Miller, 2016). Vzhledem k vedlejším účinkům a neznámým dlouhodobým následkům existují obavy z užívání této medikace (Berger et al., 2008). Z tohoto důvodu se stále hledají jiné alternativní způsoby léčby. Nejznámější alternativní léčbou je doplňování stravy o omega-3 polynenasycené mastné kyseliny (Konigs & Kiliaan, 2016). Dlouhodobá metaanalýza, která porovnávala deset různých studií, prokázala významný pozitivní vliv na symptomy ADHD, proto tvrdí, že je vhodné rozšířit farmakologickou léčbu omega-3 mastnými kyselinami, popřípadě tuto alternativu využít u pacientů, kteří odmítají ostatní psychofarmakologické možnosti (Bloch & Qawasmi, 2011).

Nenasycené neboli esenciální mastné kyseliny si nedokáže naše tělo vyrobit samo, a proto je musíme přijímat v potravě. Jedná se o kyselinu linolovou (omega-6) a kyselinu alfa-linolenovou (omega-3). Označujeme je zkratkou PUFA (unsaturated fatty acids) a poznáme je podle toho, že mají více dvojných vazeb mezi uhlíky. Mají obrovský význam pro vývoj organismu, podílejí se na našem zdraví a imunitě. Pokud nám naopak schází, může dojít k poruchám vývoje růstu, nesprávné funkci nervových buněk, sítnice, k poruchám imunitní reakce, ovlivnění buněčné signalizace, ovlivnění naší nálady i chování (Jiráček, Zeman, 2007; Mourek, 2012). Nenasycená mastná kyselina omega-6 má dvojnou vazbu mezi šestým a sedmým uhlíkem od konce řetězce, omega-3 zase mezi třetím a čtvrtým uhlíkem od konce. Naše tělo si dokáže z krátkého řetězce esenciálních kyselin vytvořit i řetězec dlouhý, proto ještě rozlišujeme omega-3 dlouhořetězcovou kyselinu eicosapentaenová (EPA) a dlouhořetězcovou kyselinu docosahexaenová (DHA) (Jiráček, Zeman, 2007).

Systematické review, které porovnává články od roku 2000 do roku 2015 o léčbě ADHD pomocí omega-3 a stimulačních léků, ukázalo, že doplňky stravy s omega-3 jsou snášeny u většiny pacientů velmi dobře a byly zjištěny pouze mírné vedlejší účinky. Léčba

ω -3 PUFA má pozitivní vliv na projev symptomů ADHD. Léčba založená pouze na doplňcích stravy obsahujících omega-3 by mohla být účinnější u pacientů s mírnou formou ADHD. U těžších forem ADHD, kde jsou léky se stimulačním účinkem nezbytné, popřípadě by mohlo v kombinaci s vhodnou potravou či doplňky stravy bohatou na omega-3 PUFA, dojít ke snížení dávek stimulačních léků (Konigs & Kiliaan, 2016).

Stále není jasné, zda spolu souvisí konzumace cukru a ADHD. Ačkoli v norské studii, která zkoumala adolescenty mezi 15-16 rokem zjistili, že zvýšená konzumace cukru může způsobovat hyperaktivitu a může být spojena se zvýšeným rizikem výskytu ADHD (Lien, Lien, Heyerdahl, Thoresen, & Bjertness, 2006). Naopak v korejské studii, kdy zkoumali studenty základních škol, zjistili, že studenti s ADHD jedli méně cukru než studenti, kteří ADHD diagnostikované neměli, tudíž vzájemnou souvislost mezi ADHD a konzumací cukru neprokázali (Kim & Chang, 2011).

Některé studie ukazují, že děti s ADHD mají velmi často nižší hladinu vitamínu D, zinku, hořčíku a železa, není však prokázáno, že by tyto snížené hodnoty měly přímou souvislost s ADHD (Villagomez & Ramtekkar, 2014). Naopak jiné výzkumy dávají vitamíny a stopové prvky přímo do souvislosti s ADHD.

Pokud uvážíme, že zinek je důležitý pro výrobu i regulaci melatoninu, který je vzhledem k modulaci dopaminu důležitým faktorem u patofyziologie ADHD. Dále zinek spojuje a reguluje dopaminový transportér, který je místem pro aktivaci psychostimulancií, která se používají k léčbě ADHD (Kirby, Floriani, & Bernstein, 2001; Lepping & Huber, 2010) můžeme předpokládat, že zinek bude symptomy ADHD ovlivňovat. Nicméně zatím neexistuje žádný jasný důkaz o tom, že by nedostatek zinku měl za následek pozměnění melatoninu nebo dopaminového transportéru u dětí s ADHD (Villagomez & Ramtekkar, 2014).

Závěrem je potřeba říci, že i když proběhla velká spousta výzkumů ohledně stravování a jeho vlivu na hyperaktivitu a impulzivitu, tak stále nemůže říci, zda opravdu může jídlo ovlivnit příznaky ADHD. Ačkoli výzkumy ohledně jídla a jeho dopadů na hyperaktivitu a impulzivitu mají už dlouhou historii. Mezi průkopníky patří dr. Benjamin Feingold, který v roce 1970 vytvořil pro své hyperaktivní pacienty jídelníček bez salicylatů a podle jeho výsledků se příznaky u poloviny dětí zlepšily (Speck, 2009). V současné době se stále ještě velmi zkoumá vliv potravin na příznaky ADHD, ale stále častěji se prokazuje, že strava

ovlivňuje hyperaktivitu a impulzivitu nepatrně. Zřejmě je vliv potravin na příznaky ADHD velmi individuální, a proto je vhodné k této skutečnosti takto přistupovat. Lidé se syndromem ADHD by měli sami vyzkoušet, které potraviny jejich chování ovlivňují.

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

Zahraniční studie potvrzují, že mezi závislími na návykových látkách existuje prevalence výskytu syndromu ADHD, i když procentní zastoupení se liší. Například jedna velká nedávná průřezová studie ukazuje, že prevalence ADHD dospělých, kteří užívají NL se pohybovala mezi 5,4 a 31,3 % v závislosti na zemi, v průměru to činí 14%. (Van de Glind et al., 2014). Naopak výzkum Hornera a Scheibe (1997), který zkoumal ADHD u adolescentů (14 - 19 let) užívajících návykové látky, uvádí prevalenci až 50%. V České republice je zatím jen málo vědeckých publikací, které by se zabývali tématem ADHD u drogově závislých. Díky projektu GAČR ADHD, který výzkumně zkoumal tuto specifickou skupinu klientů v terapeutických komunitách, máme aktuální data k této problematice. Tato diplomové práce je součástí tohoto projektu.

5) CÍL VÝZKUMU

Výzkumným problémem a cílem diplomové práce je zjistit, zda pravidelný stravovací režim může ovlivnit diagnózu závislosti na jídle u klientů, kteří se léčí v rezidenční léčbě v terapeutické komunitě se závislostí na NL. Posoudit, zda závislostí na jídle trpí spíše klienti se symptomy ADHD a příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL – 90.

6) VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Před samotným výzkumem byly definovány tyto výzkumné otázky:

1. Jaká diagnostická kritéria závislosti na jídle se vyskytují ve výběrovém souboru vzhledem k pohlaví?
2. Znamená přítomnost diagnózy ADHD také přítomnost závislosti na jídle?
3. Jaká je přítomnost závažných klinických projevů dle SCL-90 a zároveň závislosti na jídle?
4. Jaký je rozdíl mezi pohlavím u dotazníků DIVA, YFAS a SCL-90?
5. Jaké společné znaky mají lidé, kteří mají závislost na jídle dle dotazníku YFAS?

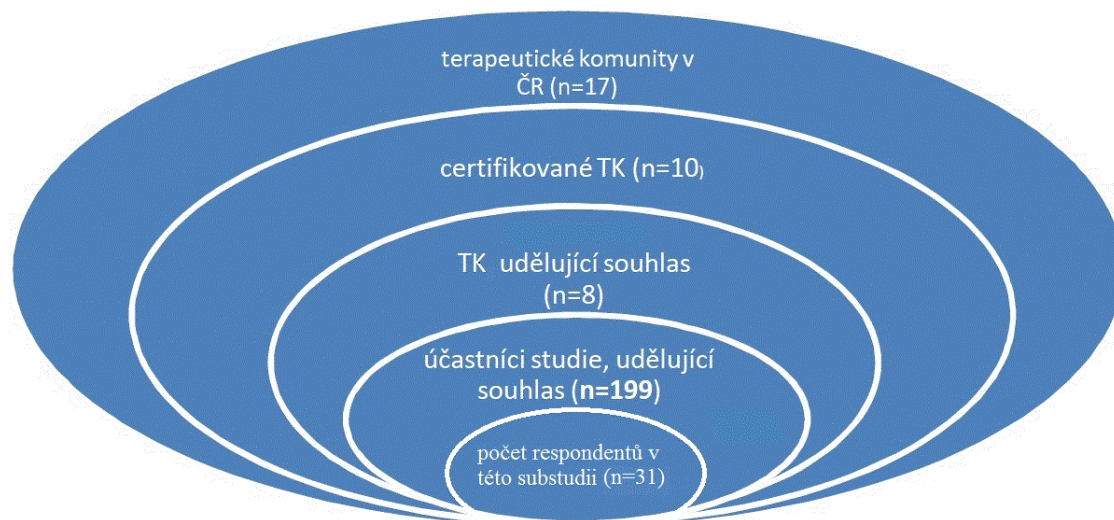
7) VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Výběr a popis výzkumného souboru

Diplomová práce je postavena na datech z projektu GAČR ADHD. Cílem tohoto projektu je ověřit specifický vliv ADHD na psychickou nezdolnost, zvládání stresu, emoční labilitu a životní dovednosti mezi klienty terapeutických komunit (Miovský, 2014).

Základní soubor tvořily všechny certifikované terapeutické komunity pro léčbu závislostí na území ČR, kterých bylo v roce 2013 celkem 10 (Mravčík et al., 2014). V tomto případě byla použita metoda záměrný výběr přes instituci, kterou popisuje Miovský (s. 138, 2006) jako metodu, která se využívá v případě, kdy nás zajímá specifická cílová skupina a k jejímu zkoumání je využito určitého typu služby. Pro výzkumníka je metoda záměrného výběru přes instituci z hlediska času a nákladů značně efektivní. V roce 2013, kdy byla podána žádost o grant, bylo v ČR 10 certifikovaných komunit (Mravčík et al., 2014). Všechny certifikované TK měly stejnou šanci být do studie zahrnuty. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze nejprve oslovila všechny (10) certifikované TK v ČR. Následně byla všem certifikovaným terapeutickým komunitám nabídnuta účast ve studii, přičemž s participací ve výzkumu souhlasilo 8 TK. Později 3 terapeutické komunity byly z výzkumu vyřazeny nebo samy ze studie odstoupily. V dalším kole metodou totálního výběru byli do studie zahrnuti všichni klienti, kteří nastoupili do léčby v terapeutické komunitě, která se účastnila studie a zároveň i klienti podepsali souhlas se svou účastí ve studii (viz obrázek 1) (Miovský et al., 2013).

Obrázek 1 Výběr výzkumného souboru



Zdroj: Upraveno dle Miovský et al., 2013

Výzkumný soubor tvoří respondenti ve věku 18 – 40 let z 5 terapeutických komunit v České republice. Klienti nejčastěji užívali návykové látky injekčně. Většina klientů užívala metamfetamin (viz tabulka 3). Dotazník YFAS byl do studie zahrnut až později, z toho důvodu je do této substudie zahrnuto pouze 31 klientů, kteří vyplnili dotazník YFAS a zároveň je možné spárovat tento dotazník s dotazníkem DIVA 2.0 a s dotazníkem SCL – 90. Následně bylo zjištěno, že je důležité, aby respondenti v dotazníku YFAS vyplnili všechna pole. V opačném případě je dotazník nevyhodnotitelný a tudíž ho nelze zařadit do výsledků této substudie. Z tohoto důvodu byla vyřazena téměř polovina (15) dotazníků a použito mohlo být pouze 16 dotazníků YFAS, které byly následně spárovány s dotazníky DIVA 2.0 a SCL – 90.

Tabulka 3 Charakteristika klientů, kteří se léčili v TK v letech 2008 - 2012

ukazatel	2008	2009	2010	2011	2012
Počet certifikovaných komunit	10	10	10	10	10
Kapacita zařízení	138	160	160	158	158
Počet klientů	427	349	408	402	401
z toho injekčních uživatelů	326	343	350	351	342
z toho uživatelů pervitinu	283	276	292	313	303
z toho uživatelů heroínu	67	69	68	46	55
Průměrný věk klientů	23,8	26,6	26,7	27,2	27,3

Zdroj: Upraveno dle (Mravčík et al., 2012, 2013)

Charakteristika výběrového vzorku

Tabulka 4 Základní sociodemografické údaje o výzkumném vzorku

Pohlaví		Muži	Ženy
Počet klientů		11	5
Věková kategorie	Pod 20 let včetně	0	2
	21 – 25 let	4	2
	26 – 30 let	3	1
	31 – 35 let	3	0
	36 let více	1	0
Vzdělání	ZŠ	4	4
	SŠ bez maturity	4	0
	SŠ s maturitou	2	1
	VŠ	0	0
	Neuvedeno	1	0
Výše měsíčního příjmu	Pod 10 tis.	7	5
	10 – 20 tis.	2	0
	20 – 30 tis.	1	0
	30 – 40 tis.	1	0
	Nad 40 tis.	0	0
	Neuvedeno	0	0

Zdroj: Vlastní

Tabulka 4 nám zobrazuje základní sociodemografické údaje o respondentech, kteří se účastnili výzkumu. Ve výzkumném vzorku převažovali muži, kterých bylo 69 % (11) z celkového počtu 16 respondentů. Tyto údaje odpovídají i celorepublikovému průměru rozložení klientů podle pohlaví v TK. Mravčík et al. (2016) uvádí, že třetinu klientely tvoří ženy. Nejpočetnější věkovou kategorií u mužů byla kategorie 21 – 25 let, kam se zařadili 4 klienti. Z 5 žen najdeme nejvíce (2) ve věkové kategorii pod 20 let, oběma je 18 let. Také 2 ženy nalezneme v kategorii 21 – 25 let. Nejstaršímu klientovi je 40 let. Nejčastějším dosaženým vzděláním u mužů bylo ZŠ a SŠ bez maturity, v každé skupině 4 klienti. Ženy měly nejčastěji dosažené pouze ZŠ (4) tedy 80 %. Poslední údaj zkoumal výši měsíčního

příjmu. Vzhledem k sociální situaci klientů v TK není překvapivé, že obě pohlaví hospodaří s finanční částkou pod 10 tisíc, tzn. všechny ženy (5) a 64 % mužů (7).

Tabulka 5 Stanovení diagnózy ADHD k dosaženému vzdělání

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	DIAGNÓZA ADHD		celkem
	Ano	Ne	
ZŠ	6	2	8
SŠ bez maturity	3	1	4
SŠ s maturitou	1	2	3
neuvedeno	1	0	1
celkem	11	5	16

Z celkového počtu 16 respondentů byla stanovena diagnóza ADHD u 11 klientů TK, z toho u 6 klientů, kteří měli dosažené základní vzdělání. Tři klienti s diagnózou ADHD dokončili středoškolské vzdělání bez maturity. Diagnostická kritéria ADHD splnil i jeden respondent středoškolského vzdělání s maturitou. Jeden respondent s ADHD neuvedl dosažené vzdělání. U zbylých 5 respondentů nebyl syndrom ADHD podle dotazníku DIVA 2.0 potvrzen, z toho 2 respondenti měli základní vzdělání, 1 klient měl dosažené středoškolské vzdělání bez maturity a zbývající 2 dokončili SŠ s maturitou (viz Tabulka 5).

Tabulka 6 Stanovení diagnózy ADHD vzhledem k měsíčnímu příjmu

PŘÍJEM	DIAGNÓZA ADHD		celkem
	Ano	Ne	
0 – 10 000,-	8	4	12
10 000 – 20 000,-	2	0	2
20 000 – 30 000,-	1	0	1
30 000 – 40 000,-	0	1	1
celkem	11	5	16

Tabulka 6 nám ukazuje, jak spolu koreluje dotazník DIVA 2.0 s měsíčním příjmem klientů TK. Nejvíce respondentů (12) pobírá měsíční příjem v rozmezí 0 – 10 000,-, přičemž 8 z nich splňuje diagnostická kritéria ADHD. Dva klienti mají měsíční příjem mezi 10 000 – 20 000,- a oba dva mají stanovenou diagnózu ADHD. Jeden respondent s ADHD hospodaří s příjmem 20 000 – 30 000,- za měsíc. Pouze jeden respondent zaškrtnl měsíční

příjem v hodnotách 30 000- 40 000,-, který diagnostická kritéria ADHD nesplňoval. Můžeme předpokládat, že měsíční příjem bude souviset i s tabulkou dosaženého vzdělání.

Tabulka 7 Užívané návykové látky u žen léčících se v TK

Užívaná návyková látka	Počet uživatelů - ženy	Počet uživatelů - muži
Tabák	5	9
Alkohol nadměrně	4	10
Heroin	0	4
Metadon	0	2
Jiné opiáty, morfinová analgetika	0	2
Tlumivé léky (anxiolytika, barbiturany, hypnotika)	0	3
Kokain	0	3
Stimulancia (pervitin)	5	10
Marihuana/ hašiš	5	11
Halucinogeny (LSD)	1	7
Těkavé látky	0	0
Jiné (MDMA, extáze)	2	6

Tabulka 7 popisuje, jaké návykové látky respondenti v minulosti užívali. Všichni klienti užívali v minulosti marihuanu nebo hašiš. Pervitin užívalo 15 (94 %) klientů. Tabák a alkohol v nadměrném množství užívalo 14 (88 %) respondentů. Osm (50 %) lidí z tohoto vzorku užila MDMA/extázi nebo LSD.

V této tabulce je vidět velký rozdíl v užívání NL mezi muži a ženami. Z celkového počtu 5 žen, všechny ženy (100 %) potvrdily, že užívaly tabák, pervitin a marihuanu/hašiš. Čtyři ženy (80%) užívalo alkohol nadměrně. Dvě ženy (40 %) v minulosti užily MDMA/extázi. Jedna žena (20 %) udává užívání LSD. Jiné návykové látky v minulosti neužily. Muži také užívali heroin (36%), tlumivé léky a kokain (27 %), jiné opiáty (18%).

Oproti tomu muži užívali všechny NL kromě těkavých látek. Všech 11 mužů potvrzuje intoxikaci marihuanou/ hašišem. Vyjma jednoho muže, udávají všichni (91 %) úzus pervitinu a alkoholu v nadměrném množství. Oproti ženám nehlásí se ke kouření všichni muži, ale pouze devět z nich (82 %). LSD užilo sedm mužů (64 %) a MDMA/extázi šest z nich (55 %).

8) POUŽITÉ METODY

Metody získávání dat

Diplomová práce vychází z dat projektu GAČR ADHD. Použitá data byla získána v rámci tohoto projektu. Výzkum byl realizován v 5 terapeutických komunitách v České republice.

K výzkumu závislosti na jídle byl použit dotazník závislosti na jídle YFAS (Yale Food Addiction Scale) (Gearhardt et al., 2009), který byl administrován v 5 terapeutických komunitách. Dotazníkové šetření YFAS dotazníku bylo realizováno od 1. 7. 2015. YFAS je možné použít pro určení symptomů a diagnózy závislosti na jídle. Účastníkům je přiděleno skóre příznaků od nuly do sedmi korespondující s řadou DSM-IV, která diagnostická kritéria podpořila. "Diagnóza" závislosti na jídle je přiřazena účastníkům, kteří vykazují tři nebo více symptomů a splňují klinická kritéria v souladu s DSM-IV diagnózou tradiční závislosti na látce " (Pursey et al., 2014). V dotazníku je použit pojem „určité potraviny“, který značí jakékoli jídlo nebo potravinu, které dělá respondentům problémy v tom smyslu, že kupují, i když tuto surovinu nepotřebují, konzumují ho, i když nemají hlad, přibírají kvůli němu atd. Otázky v dotazníku YFAS se zaměřují na konzumaci jídla v jistých situacích. Dotazník zkoumá, zda mají lidé z nadměrné konzumace určitých potravin psychické či fyzické obtíže. YFAS je tvořen převážně uzavřenými otázkami (ano – ne – nikdy) a otázkami ptajícími se na frekvenci (1x za měsíc – 2-4x za měsíc – 4x za týden – denně). Poslední dvě otázky se ptají přímo na typ konzumace určitých potravin (Stará, 2013).

Dále je výzkumná část tvořena analýzou dat získaných pomocí dotazníků YFAS - Yalská škála závislosti na jídle a SCL – 90 (Self – Report Symptom Inventory). Pro diagnostiku ADHD bylo použito Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA - Diagnostisch Interview Voor ADHD). Sběr dat pomocí dotazníků DIVA a SCL-90 probíhal v době sběru dat projektu GAČR ADHD u klientů, kteří se léčili v terapeutické komunitě. Dotazníky byly anonymní, což bylo zajištěno pomocí kódu, který se skládal z přiděleného čísla terapeutické komunity, rokem začátku sběru dat, další číslo určovalo, o kterou vlnu sběru dat se jedná a posledním údajem bylo individuální číslo klienta (viz obr. 1). Vybrané nástroje zadávali klientům přímo proškolení terapeuti terapeutických komunit. Testové baterie byly sbírány ve 4 vlnách, které byly zasazeny do léčebných fází v TK (1 týden od nástupu do léčby, po 3 měsících, 6 měsíců po nástupu a 9 měsíců po nástupu).

Obrázek 2 Vzor tvorby kódu klienta



Zdroj: Namyslovová, 2015

V této práci je použita pouze první a druhá vlna sběru dat, jelikož nás zajímají údaje o klientech při nástupu a v průběhu pobytu. Lze předpokládat, že data použitých dotazníků ve 2. - 4. vlně se příliš lišit nebudou, protože stravování v režimu TK bude stejné. Autor se podílel na přepisu a kódování dat.

Tabulka 8 Specifikace použitých nástrojů pro Část I této práce

Výzkumný nástroj	Použitá data v této práci	Forma	Provádí
Diva 2.0 60 min	<ul style="list-style-type: none">• 0. vlna (při vstupu do TK)• 1. vlna testování	Rozhovor	Zaškolený pracovník TK
SCL – 90 30 min	<ul style="list-style-type: none">• 0. vlna testování• 1. vlna testování	PC verze	Klient sám
YFAS	<ul style="list-style-type: none">• 0. vlna testování• 1. vlna testování	Papírová verze	Klient sám

Tabulka 9 nám popisuje, které výzkumné nástroje byly pro výsledky (Část I) této práce použity, v jaké formě byly respondentům poskytnuty a kdo sběr dat provedl.

Tabulka 9 Testové baterie a nástroje použité během projektu GAČR ADHD

Číslo testové baterie	Název nástroje
Testová baterie č. 1: Administrace 3 krát: a) vstup b) 3 měsíce c) 6 měsíců d) 9 měsíců Délka: 60 minut	<ul style="list-style-type: none">• DIVA
Testová baterie č. 2: Administrace 4 krát: a) vstup b) 3 měsíce c) 6 měsíců d) 9 měsíců Délka: 110 minut	<ul style="list-style-type: none">• SCL-90• Dotazník SOC• Personal Views Survey• Change Questionnaire• Dotazník WHO-QOL 100• Posuzovací škály CTQ - škála Connersové
Testová baterie č. 3: Administrace 1 krát: a) vstup Délka: 90 minut	<ul style="list-style-type: none">• Výpis z dokumentace: klinická anamnéza a doplňující údaje• Inteligenční test Raven Advanced Progressive Matrices• Dotazník EuropASI

Zdroj: upraveno (Miovský et al., 2013)

Tabulka 10 popisuje, které diagnostické nástroje byly použity v rámci výzkumu z projektu GAČR ADHD. Tyto nástroje společně s dotazníkem YFAS byly použity ve druhé části výsledků, díky kterým jsou více popsáni klienti, kteří mají závislost na jídle, abychom jsme si o nich mohli udělat lepší představu (Klient A – D).

Metody zpracování dat

Výzkumná Část I. je tvořena analýzou dat získaných pomocí dotazníků:

YFAS

(Yale Food Addiction Scale) - YFAS měří příznaky potravinové závislosti. Dotazník byl navržen podle 7 příznaků závislosti na návykových látkách dle DSM – IV. Dotazník zkoumá stravovací návyky za posledních 12 měsíců (Gearhardt et al., 2009). Klientům byla poskytnuta přeložená verze do českého jazyka, kterou zpracovala Stará (2013). V dotazníku YFAS jsou kritéria látkové závislosti přizpůsobeny stravovacímu chování. Mezi tyto kritéria patří: 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo

zamýšleno 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů 6) zvyšující se tolerance 7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. Pro stanovení diagnózy závislosti na jídle je nutné splnit alespoň 3 kritéria ze 7 (Gearhardt et al., 2009). Dotazník je k dispozici v příloze (viz Příloha č.1)

SCL - 90

(Self-Report Symptom Inventory) - dotazník užívající se pro diagnostiku psychopatologických rysů. Dotazník SCL – 90 zachycuje 10 psychopatologických okruhů. Je tvořen celkem 90 otázkami (Chromý et al., 2005).

Mezi devět psychopatologických okruhů patří (dle Holí, 2003):

Somatizace: tato část je tvořena dvanácti položkami a reflektuje prožitek utrpení, který plyne z tělesného stavu. Kardiovaskulární, gastrointestinální, respirační, a dalších systémová onemocnění mohou být způsobena v důsledku psychické obrany. **Obsese-kompulze:** v této deseti položkové části se vyskytují příznaky, které jsou typické pro obsedantně-kompulzivní poruchu. Jsou zde zařazeny nutkavé vtíravé myšlenky a taky činnosti, které dotyčný nekontrolovatelně musí opakovat. **Interpersonální senzitivita:** devět položek se zaměřuje na pocity osobní nedostatečnosti a méněcennosti, zejména v porovnání s ostatními. Jedinec cítí během interpersonálních vztahů neklid, nepříjemné pocity a cítí se méněcenně. **Deprese:** tento úsek obsahuje třináct položek. Jsou zde zahrnuty typické symptomy pro diagnostiku depresivní poruchy. Mezi tyto dysforické příznaky patří nedostatek motivace, ztráta životní energie, pocit beznaděje, sebeobviňování i sebevražedné myšlenky. **Anxiozita:** deseti položková oblast je zaměřena na příznaky spojené s úzkostí. Mezi tyto projevy patří nervozita, napětí, chvění, pocity hrůzy a paniky. **Hostilita:** tato část zahrnuje šest položek, které zkoumají myšlenky, negativní pocity, které jsou vyvolané hněvem. Tento stav se projevuje agresivitou, podrážděností a vztekem. **Panický strach:** těchto sedm otázek monitoruje pocit strachu. Patří sem strach konkrétní osoby, místa, objektu, nebo situace, tato reakce je charakterizována jako iracionální a nepřiměřená. **Paranoidita:** šest položek se zaměřuje na paranoidní myšlení, které se u jedince projevuje jako podezřívavost, nepřátelství, nedůvěra k okolí a vztahovačnost. **Psychoticismus:** oblast skládající se z deseti položek. Projevy se mohou stupňovat od pocitů sociálního odcizení až po stav psychózy spojené se schizofrenií. **Přidané**

otázky: poslední oblast obsahuje 7 přidaných otázek, které primárně zkoumají poruchy chuti k jídlu a poruchy spánku. Dotazník je k nahlédnutí v příloze této práce (viz Příloha č. 2).

DIVA 2.0

DIVA (Diagnostisch Interview Voor ADHD) – diagnostické interview pro stanovení diagnózy ADHD v dospělosti. Otázky, které jsou pokládány respondentovi formou rozhovoru, se zaměřují na příznaky ADHD jak v dětství, tak i v dospělosti. Výzkumník uvádí určité příklady z dětství a z dospělosti, které jsou rozvrženy do pěti oblastí života. Dotazník rozděluje ADHD do tří podtypů – nepozorný typ, hyperaktivní (impulzivní) typ a kombinovaný typ. Pro stanovení diagnózy ADHD v dospělosti je rozhodující, aby se symptomy objevovaly v dětství i v dospělosti, přičemž z celkového počtu devíti příznaků musí být přítomno alespoň šest z nich (Kooij a Francken, 2010). Diagnostický rozhovor DIVA se zaměřuje zejména na otázky, které se týkají základních příznaků ADHD, které jsou nutné k udělení diagnózy podle DSM-IV. Neobsahuje otázky, které by mohly zkoumat vedlejší psychiatrické poruchy, i když je komorbidita u dětí i dospělých s ADHD velmi častá. Rozhovor DIVA zabere hodinu až hodinu a půl (Šťastná, 2015). Dotazník je volně ke stažení.

Analýza dat bude provedena jednak korelační analýzou, která zkoumá vztahy proměnných graficky pomocí různých měr závislosti, které nazýváme korelační koeficienty. Dále také pomocí Regresní analýzy, která přesněji popisuje tvar vztahu mezi proměnnými X a Y a charakterizuje jeho vhodnost pro predikci hodnot závisle proměnné pomocí hodnot nezávisle proměnné (Hendl, 2009).

Výzkumná Část II. popisuje jednotlivé respondenty, kteří měli dle výše zmíněného dotazníku YFAS závislost na jídle. Cílem těchto případových studií, které vychází z dat dotazníků v Tabulce 9 a Tabulce 10, bylo přiblížit jedince, kteří měli závislost na jídle. Miovský (2006) píše ve své knize, že není podstatné, zda využíváme nebo spojujeme kvantitativní a kvalitativní metody. Důležité je, že středem našeho zájmu zůstává případ. V případové studii studujeme jeden či více případů detailněji, snažíme se popsat vztahy a ucelit je. Případ se včleňuje do širších souvislostí a je možné ho porovnat s ostatními případy (Hendl, 2016).

Metody analýzy dat

V Části I. u respondentů budou analyzována data, která vyplnili v dotazníku YFAS, DIVA a SCL - 90. Práce bude porovnávat korelaci mezi nultou a první vlnou sběru dat u zmíněných dotazníků. Data z dotazníků budou přepsána do programu Microsoft Excel 2013, kde budou data zakódována, pročištěna a následně zpracována v programu SPSS.

Ve výzkumné Části II. budou více popsáni respondenti z dat dotazníků, které byly použity v rámci výzkumného projektu GAČR ADHD (viz Tabulka 9 a Tabulka 10). Tato data také budou nejprve přepsána do programu Microsoft Excel a následně zpracována v programu SPSS.

9) LIMITY

Určitým limitem této práce může být, že data nebyla sbírána jedním výzkumníkem. Proto mohlo docházet k nepochopení dotazníků ať už ze strany výzkumníků, tak ze strany respondentů. Dalším limitem je zdlouhavost dotazníků, což mohlo vést k nepozornosti klientů, k nezájmu o správné vyplnění, což může vycházet ze stejného nezájmu ze strany výzkumníků tedy zástupců terapeutických komunit. Značné omezení nebo limit můžeme shledat v počtu respondentů tohoto výzkumu, kterých bylo pouze 31 z důvodu pozdního zařazení dotazníku YFAS do výzkumu. Následně bylo zjištěno, že třeba jen jedna nevyplněná odpověď činí dotazník YFAS nevyhodnotitelným. Z tohoto důvodu bylo možné vyhodnocovat dotazníky pouze u 16 respondentů. Proto není tento vzorek respondentů dostatečně reprezentativní, tudíž nelze závěry této práce vztáhnout na celkovou populaci.

10) ETIKA VÝZKUMU

Dodržení etických aspektů bylo klíčovým cílem pro uskutečnění výzkumu a zpracování dat. Všichni účastníci (respondenti, pracovníci TK) studie byli seznámeni nejen ústně ale i písemnou formou (viz Příloha č. 4) o cílech sběru dat, s následným zpracováním dat a ochranou jejich osobních údajů. Respondenti účastníci se na projektu GAČR ADHD podepsali Informovaný souhlas účastníků výzkumného projektu (viz Příloha č. 3).

V každé terapeutické komunitě, která participovala ve výzkumu, byl vybrán alespoň jeden pracovník. Možnou účast ve studii následně předem určený pracovník nabízel. Klienti měli právo účast ve studii odmítnout bez jakéhokoli vlivu na budoucí proces léčby. Podmínkou pro účast ve studii byl písemný souhlas.

Veškerá data o klientech jsou anonymní, aby tázaní nemohli být poškozeni. Anonymita byla zajištěna pomocí kódu (viz. Obrázek 1), který byl přidělen každému klientovi, který souhlasil s účastí ve studii. Respondenti v dotaznících vystupují pod kódem, který se skládá z čísla terapeutické komunity, roku, číslem testovací vlny a přiděleným kódem klienta. To znamená, že dotazníky a v nich sesbíraná data byly označeny pouze kódem.

Data byla sbírána terapeutem terapeutické komunity, který byl pro sběr dotazníků vyškolen. Tento krok by mohl být vnímán jako limit tohoto výzkumu, na druhé straně bylo tímto krokem zajištěno větší bezpečí klientů a zamezeno tak poškození klientů ze strany cizí osoby (výzkumníka, autorky). Pokud by se některá otázka klienta více dotkla nebo otevřela pro něho citlivé téma, byla zde možnost krizové intervence nebo mohl téma řešit na individuální či skupinové terapii.

V současné době jsou dotazníky s informovanými souhlasy bezpečně uschovány v archivu Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

11) VÝSLEDKY

ČÁST I.

Tabulka 10 Jednotlivá diagnostická kritéria závislosti na jídle v 0. a 1. vlně sběru dat u žen

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ZÁVISLOSTI NA JÍDLE	0. vlna sběru dat		1. vlna sběru dat	
	ano	ne	ano	ne
větší množství po delší dobu	2	3	2	3
silná touha	5	0	5	0
k získání vynaloží velké úsilí	4	1	2	3
vzdání se; snížení aktivit	2	3	2	3
pokračování	3	2	1	4
tolerance	4	1	3	2
abstinenční příznaky	3	2	2	3

V tabulce 11 nalezneme sedm diagnostických kritérií závislosti. Pro splnění diagnózy závislosti na jídle dle dotazníku YFAS je nutné splnit 3 ze 7 kritérií závislosti. Všechny ženy v 0. i 1. vlně sběru dat uvádějí silnou touhu konzumovat určité potraviny. V 0. vlně většina žen (4) vynaložila velké úsilí k získání určitých potravin, v 1. vlně, díky tomu, že v té době už byly ženy součástí TK, vynaložily velké úsilí k získání potravin pouze 2 klientky. Také 4 z 5 klientek TK mělo zvýšenou toleranci oproti 1. vlně, kdy zvýšenou toleranci udávají 3 ženy. Abstinenční příznaky můžeme v 0. vlně pozorovat u 3 žen, v 1. vlně klesne počet na 2. Pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů uvádí v 0. vlně sběru 3 klientky, kdežto v 1. vlně se s tímto příznakem ztotožňuje pouze 1 žena. Vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit potvrzují pouze 2 ženy v obou fázích. Kritérium, že je látka užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno, uvádějí v obou fázích také pouze 2 klientky.

Tabulka 11 Jednotlivá diagnostická kritéria závislosti na jídle v 0. a 1. vlně sběru dat u mužů

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ZÁVISLOSTI NA JÍDLE	0. vlna sběru dat		1. vlna sběru dat	
	Ano	ne	ano	ne
větší množství po delší dobu	5	6	5	6
silná touha	11	0	11	0
k získání vynaloží velké úsilí	6	5	4	7
vzdání se; snížení aktivit	8	3	2	9
pokračování	3	8	3	8
tolerance	4	7	7	4
abstinenční příznaky	3	8	3	8

Tabulka 12 popisuje, jak se mění kritéria závislosti v dotazníku YFAS u mužů. Stejně jako všechny ženy, tak i všichni muži mají trvalou touhu potraviny užívat bez ohledu na fázi sběru. Velký rozdíl mezi vlnami sběru můžeme zaznamenat u kritéria: Vzdání se nebo výrazné snížení aktivit z osmi mužů na pouhé dva. K získání návykové látky vynaložilo 6 mužů velké úsilí v 0. vlně, v 1. vlně vidíme pokles na 4 klienty. Zajímavé je kritérium zvyšování tolerance, které v 0. vlně splňují pouze 4 klienti a v následné vlně počet mužů vykazujících toto kritérium stoupl na 7. U kritérií: výskyt abstinenčních příznaků, pokračování v užívání i přes jasný důkaz negativních dopadů či užívání většího množství po delší dobu, nebyl zaznamenán rozdíl mezi vlnami sběru.

Tabulka 12 Výskyt závislosti na jídle a ADHD v 0. a 1. vlně sběru dat

ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. Vlna	DIAGNÓZA ADHD 0. Vlna			ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	DIAGNÓZA ADHD 1. vlna		
	ano	ne	Celkem		ano	ne	celkem
Ano	4	0	4	ano	3	0	3
Ne	7	5	12	ne	8	5	13
Celkem	11	5	16	celkem	11	5	16

V nulté vlně sběru shledáváme z celkového počtu 16 respondentů, že nejvíce tedy 7 (44 %) klientů vykazuje diagnózu ADHD, ale závislost na jídle se u nich nepotvrdila. Diagnostická kritéria závislosti na jídle a zároveň diagnóza ADHD byla stanovena u 4 (25 %) klientů. Zbýlých 5 (31 %) klientů nevykazuje diagnostická kritéria ADHD ani závislosti na jídle. Poslední možnost, tedy diagnózu závislosti na jídle bez ADHD, nesplňoval žádný z respondentů. První vlna sběru dat ukazuje podobné výsledky jako nultá. Pouze jeden respondent, který měl v nulté vlně sběru diagnózu závislosti na jídle a současně ADHD se v první vlně sběru objevuje bez diagnózy závislosti na jídle (viz Tabulka 13).

Tabulka 13 Výskyt závislosti na jídle a ADHD v 0. a 1. vlně sběru dat u žen

ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. Vlna	DIAGNÓZA ADHD 0. Vlna			ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	DIAGNÓZA ADHD 1. vlna		
	ano	ne	Celkem		ano	ne	celkem
ano	3	0	3	Ano	2	0	2
ne	0	2	2	Ne	1	2	3
celkem	3	2	5	celkem	3	2	5

Tabulka 14 popisuje závislost na jídle a současně výskyt ADHD mají v nulté vlně sběru dat 3 (60 %) klientky, které se léčí se závislostí na NL v TK. Dvě (40 %) respondentky nemají závislost na jídle ani ADHD. V první vlně sběru dat se situace změnila a závislost na jídle společně s příznaky ADHD vykazují 2 (40 %) klientky. Stejně tak 2 (40 %) klientky nevykazují žádná diagnostická kritéria z těchto nemocí. Jedna (20 %) klientka v první vlně přestala vykazovat závislost na jídle.

Tabulka 14 Výskyt závislosti na jídle a ADHD v 0. a 1. vlně sběru dat u mužů

ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. vlna	DIAGNÓZA ADHD 0. vlna			ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	DIAGNÓZA ADHD 1. vlna		
	ano	ne	celkem		ano	ne	celkem
ano	1	0	1	Ano	1	0	1
ne	7	3	10	Ne	7	3	10
celkem	8	3	11	celkem	8	3	11

Z celkového počtu 11 respondentů mužského pohlaví pouze jeden (9 %) respondent splňoval diagnostická kritéria ADHD a zároveň měl závislost na jídle dle dotazníku YFAS. Sedm (64 %) respondentů mělo ADHD, ale závislost na jídle nevykazovali. Poslední tři (27 %) respondenti netrpěli ADHD ani závislostí na jídle. Tyto výsledky byly v obou vlnách stejné (viz Tabulka 15).

Tabulka 15 Výskyt závislosti na jídle v porovnání s příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL-90 v 0. a v 1. vlně sběru dat u žen

ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. vlna	Symptomy psychopatologie dle SCL - 90 0. vlna			ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	Symptomy psychopatologie dle SCL - 90 1. vlna		
	ano	ne	celkem		ano	ne	celkem
ano	3	0	3	Ano	2	0	2
ne	0	2	2	Ne	1	2	3
celkem	2	2	5	celkem	3	2	5

Tabulka 16 ukazuje, že ženy v 0. vlně sběru dat mají buď závislost na jídle i symptomy psychopatologie (3) nebo nemají ani jednu z diagnóz. Po krátkém pobytu v TK se situace u jedné klientky změnila a přestala vykazovat diagnostická kritéria závislosti na jídle dle dotazníku YFAS. Pouze vykazovala symptomy psychopatologie.

Tabulka 16 Výskyt závislosti na jídle v porovnání s příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL-90 v 0. a v 1. vlně sběru dat u mužů

ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. vlna	SYMPTOMY PSYCHOPATOLOGIE DLE SCL-90 0. vlna			ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	SYMPTOMY PSYCHOPATOLOGIE DLE SCL-90 1. vlna		
	ano	ne	celkem		ano	ne	celkem
ano	0	1	1	ano	0	1	1
ne	5	5	10	Ne	5	5	10
celkem	5	6	11	celkem	5	6	11

U mužů jsou výsledky porovnání dotazníku YFAS a SCL-90 jiné než u žen. V nulté vlně více jak polovina žen splňovala diagnostická kritéria závislosti na jídle a psychopatologie, kdežto u mužů tuto možnost nesplňoval ani jeden z nich. Pouze symptomy psychopatologie vykazovalo celkem 5 mužů. Stejný počet, tedy 5 mužů, nepotvrdilo příznaky psychopatologie ani závislosti na jídle. Jen 1 muž splňuje diagnózu závislosti na jídle bez psychopatologie.

V první vlně sběru dat můžeme pozorovat stejné výsledky u klientů terapeutických komunit jako v nulté vlně na tabulce, která porovnává závislost na jídle s psychopatií (viz Tabulka 17).

Tabulka 17 Rozsah psychopatologie určitých psychopatologických kritérií u žen

KRITÉRIA PSYCHOPATOLOGIE	ROZSAH PSYCHOPATOLOGIE				
	vůbec ne	mírné	střední	silné	velmi silné
somatizace	3	2	0	0	0
obsese-kompulze	1	1	2	1	0
hypersenzitivita	1	1	2	1	0
deprese	2	1	2	0	0
anxiozita	1	3	1	0	0
hostilita	2	2	0	1	0
fobie	2	3	0	0	0
paranoidita	0	3	2	0	0
psychocismus	2	2	1	0	0

Tabulka 18 nám popisuje jednotlivá kritéria psychopatologie a jejich rozsah u žen. Pacientky TK mají nejčastěji mírné příznaky. Žádná z pacientek TK neuvedla, že by

příznaky psychopatologie byly velmi silné. Jako silně se projevující jsou označeny příznaky: obsese – kompulze; hypersenzitivita; hostilita.

Tabulka 18 Rozsah psychopatologie určitých psychopatologických kritérií u mužů

KRITÉRIA PSYCHOPATOLOGIE	ROZSAH PSYCHOPATOLOGIE				
	vůbec ne	mírné	střední	silné	velmi silné
somatizace	5	6	0	0	0
obsese-kompulze	0	4	7	0	0
hypersenzitivita	1	7	3	0	0
deprese	2	7	2	0	0
anxiozita	1	7	3	0	0
hostilita	2	8	1	0	0
fobie	7	4	0	0	0
paranoidita	2	8	1	0	0
psychocismus	4	5	2	0	0

U mužů převažují také mírné příznaky psychopatologie stejně jako u žen. Na rozdíl od žen nikdo z mužů nevnímá symptomy jako silné. Většina mužů (7) vůbec nemá fobie. Jako mírné příznaky vnímají nejvíce muži (8) hostilitu a paranoiditu. K nejčastějším (7 mužů) středně se projevujícím příznakům patří obsese – kompulze (viz Tabulka 19).

Tabulka 19 Vztah dotazníku DIVA, YFAS a SCL-90 v 0. a 1. vlně u žen

DIAGNÓZA ADHD 0. vlna	ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. vlna	SYMPTOMY PSYCHOPATOLOGIE DLE SCL-90 0. vlna			DIAGNÓZA ADHD 1. Vlna	ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	SYMPTOMY PSYCHOPATOLOGIE DLE SCL-90 1. vlna		
		ano	ne	celkem			ano	ne	celkem
ano	ano	3	0	3	Ano	ano	2	0	2
	ne	0	0	0		ne	1	0	1
ne	ano	0	0	0	Ne	ano	0	0	0
	ne	0	2	2		ne	0	2	2
celkem		3	2	5	Celkem		3	2	5

Další tabulka (viz Tabulka 20) nám ukazuje, vzájemný vztah výsledků dotazníku DIVA 2.0, YFAS a SCL - 90 v nulté vlně sběru dat u klientek terapeutických komunit. Z celkového počtu 5 žen má více jak polovina z nich (3) závislost na jídle, ADHD

i příznaky psychopatologie. Zbylé 2 ženy nesplnily diagnostická kritéria pro žádný z dotazníků.

Tabulka také porovnává nultou a první vlnu sběru dat. V první vlně splňují diagnostická kritéria psychopatologie, ADHD a závislosti na jídle 2 klientky, stejně tak 2 klientky nemají žádnou z těchto diagnóz. Jedna klientka má podle diagnostických dotazníků ADHD a příznaky psychopatologie, ale v první vlně už nevykazovala závislost na jídle.

Tabulka 20 Vztah dotazníku DIVA, YFAS a SCL-90 v 0. a 1. vlně u mužů

DIAGNÓZA ADHD 0. vlna	ZÁVISLOST NA JÍDLE 0. vlna	SYMPTOMY PSYCHOPATOLOGIE DLE SCL-90 0. vlna			DIAGNÓZA ADHD 1. vlna	ZÁVISLOST NA JÍDLE 1. vlna	SYMPTOMY PSYCHOPATOLOGIE DLE SCL-90 1. vlna		
		ano	Ne	celkem			ano	ne	celkem
Ano	ano	0	1	1	ano	ano	0	1	1
	ne	5	2	7		ne	5	2	7
Ne	ano	0	0	0	ne	ano	0	0	0
	ne	0	3	2		ne	0	3	3
Celkem		5	6	11	celkem		5	6	11

Tabulka 21 umožňuje porovnání s Tabulkou 20, tedy je možné porovnání mezi muži a ženami. Výsledky jsou u mužů v nulté i první vlně sběru dat stejné. Jeden (9 %) muž splňuje diagnostická kritéria pro všechny dotazníky, tedy trpí ADHD, závislostí na jídle, ale nevykazuje příznaky psychopatologie. Pět (46 %) mužů má ADHD a zároveň příznaky psychopatologie. Pouze ADHD mají dva (18 %) muži. Zbývající tři (27 %) respondenti nevykazují žádnou z uvedených nemocí (viz Tabulka 21).

ČÁST II.

Podle Tabulky 13 jsou čtyři respondenti závislí na jídle dle dotazníku YFAS a zároveň splňují diagnostická kritéria ADHD dle dotazníku DIVA 2.0. Z Tabulky 16 víme, že tři ze čtyř respondentů jsou ženy a vykazují příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL – 90. Tabulka 17 doplňuje čtvrtého respondenta, který má závislost na jídle. Je to muž, který nevykazuje příznaky psychopatologie. Pro lepší obraz toho, o jaké respondenty se jedná a co je spojuje, jsem vypracovala krátké případové studie těchto čtyř respondentů (KLIENT/KA A –D). Časové údaje se vztahují k nástupu do terapeutické komunity.

KLIENT A

Klient je 24 let starý. Dokončil tříleté středoškolské vzdělání bez maturitní zkoušky. Jeho měsíční příjem se pohybuje v rozmezí od 0 Kč - 10 000 Kč. Jeho sexuální orientace je heterosexuální. Podle dotazníku DIVA 2.0 bylo klientovi diagnostikováno ADHD (typ převážně nepozorný). Nevykazuje příznaky psychopatologie v žádné vlně sběru dat.

Klientova rodina je úplná. Nejvyšší dosažené vzdělání klientova otce je také tříletý obor bez maturitní zkoušky. V současné době mu je 55 let. Matce je 50 let, taktéž má vystudovaný tříletý učební obor.

Od 14 let klient potvrzuje abususe alkoholu. Tabák užívá pravidelně od 15 let. První zkušenost s marihuanou a hašišem datuje do doby, kdy mu bylo 16 let. Ve stejné době začal zneužívat stimulant (pervitin). První užití halucinogenů (LSD) řadí do období, kdy mu bylo 20 let a o rok později kokain.

V květnu 2015 naposledy užil marihuanu a hašiš, které kouřil denně v průměrném množství 2 g. Ve stejné době se také naposledy napil alkoholu, který užíval v nadměrném množství. Tabák užívá stále, průměrně vykouří 20 cigaret za den. Od května 2015 neužívá pervitin, který si dříve aplikoval injekčně, ale ne do žíly.

Klient v 0. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: pizza, limonáda, brambůrky, hranolky, steak, hamburger, salám, vlašský salát.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (0. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno ANO
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO

- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí NE
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit ANO
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů ANO
- 6) zvyšující se tolerance ANO
- 7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. NE

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

Klient v 1. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: čokoláda, pizza, brambůrky, hranolky, slanina, steak, hamburger.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (1. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno NE
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí ANO
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit NE
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů NE
- 6) zvyšující se tolerance ANO
- 7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. ANO

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

U Klienta A byla prokázána závislost na jídle v obou vlnách sběru dat, ovšem diagnostická kritéria závislosti se lišila. Společnými kritérii závislosti byla trvalá touha „určitou potravinu“ užít a také zvyšující se tolerance. V nulté vlně sběru dat udával, že látku užíval ve větším množství a po delší dobu, než původně zamýšlel. Také se musel vzdát nebo omezit své aktivity a zároveň pokračoval i přes jasný důkaz negativních dopadů. Naopak v první vlně sběru dat bylo udáváno, že musí k získání látky vynaložit velké úsilí, což je zřejmě způsobeno pobytem v TK a tedy omezenou dostupností „určitých potravin“. Také udává objevení abstinčních příznaků, které se po odejmutí „určité potraviny“ mohly objevit.

KLIENTKA B

Klientce je 18 let, zatím má dokončené pouze základní vzdělání. Její měsíční příjem je v rozmezí 0 Kč – 10 tis. Kč. Sexuální orientace této klientky je bisexuální. Klientka má diagnostikované ADHD, převažuje u ní kombinovaný typ. Taktéž vykazuje příznaky psychopatologie.

Otec je 44 let starý a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vyučení. Matka vystudovala vysokou školu a je jí 40 let. Rodiče spolu v současnosti nežijí a každý z nich má nového partnera.

Klientka od 12 let užívá tabák. V té době také začala pít nadměrně alkohol. V 16 letech užila poprvé pervitin, MDMA, extázi, LSD. Marihuanu a hašiš vyzkoušela poprvé v 17 letech.

Aktuálně kouří 10 – 20 cigaret denně. Alkohol pila naposledy měsíc před nástupem do TK. Užívala většinou 0, 7 l vína nebo 0, 5 l destilátu, většinou 2x týdně. Zhruba před 14 dny, než nastoupila do TK, kouřila marihuanu a hašiš. Tyto NL kouřila denně v množství 1 – 2 g za den. Ve stejné době také naposledy užila pervitin. Pervitin si aplikovala injekčně v množství 0, 5 g za den ve frekvenci užívání 4x za týden. Tři týdny před zahájením léčení v TK užila klientka extázi. Typický vzorec užívání této návykové látky byl 2 – 3 tablety jednou týdně. LSD užila naposledy před dvěma týdny. LSD klientka užívala 2x – 3x za týden v množství 1 – 4 kusy.

Klientka v 0. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: cheesburger, čokoláda, pizza, brambůrky, bonbóny, sušenky, hranolky, marcipán, krokety, uzeniny, rohlíky.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (0. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno NE
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí ANO
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit NE
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů ANO
- 6) zvyšující se tolerance ANO

7) objevení abstinenčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. NE

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

Klientka v 1. vlně sběru dat neuvádí, s konzumací kterých potravin měla v posledním roce problém.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (1. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno NE
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí NE
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit NE
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů NE
- 6) zvyšující se tolerance NE
- 7) objevení abstinenčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. NE

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost NE

ZÁVISLOST NA JÍDLE V 1. VLNĚ NENÍ U TÉTO KLIENTKY PROKÁZÁNA.

KLIENTKA C

Klientka, která je 27 je stará má nejvyšší dosažené vzdělání základní. Její měsíční příjem se pohybuje v rozmezí 0 Kč – 10 000 Kč. Sexuální orientaci uvádí heterosexuální. Splňuje diagnostická kritéria ADHD – kombinovaný typ. Vykazuje příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL – 90.

Rodina klientky je neúplná, jeden z rodičů v ní chybí. Otcovo vzdělání je vyučení a jeho věk klientka neuvedla, nevíme, zda zemřel nebo se nestýkají. Matce je 55 let a její dosažené vzdělání je také vyučení.

Klientka od 12 let užívá tabák. Začátek užívání marihuany a hašiše koncipuje do období, kdy jí bylo 14 let. Od 24 let užívá pervitin a benzodiazepiny.

V současné době kouří 15 cigaret za den. Marihuanu, kterou kouřila 3x týdně, užila naposledy 17. 4. 2015 (od 20. 4. 2015 se léčí v TK). Většinou užívala 2 – 3 jointy. Z této doby také udává poslední užití pervitinu. Pervitin užívala denně různými způsoby: kouřila, čichala a také aplikovala injekčně do žíly, vždy v průměrném množství 1g/ den. Benzodiazepiny užila naposledy jeden den před nástupem do léčby. Užívala per os Rivotril 1x za týden v průměrném množství 20 – 30 tablet.

Klientka v 0. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: těstoviny, pizza, limonáda, koblihy, brambůrky, bonbóny, dorty, preclíky, sušenky, hranolky, bílý chléb, steak, hamburger.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (0. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno ANO
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí ANO
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit ANO
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů ANO
- 6) zvyšující se tolerance ANO
- 7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. ANO

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

Klientka v 1. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: těstoviny, cheesburger, pizza, limonáda, koblihy, brambůrky, dorty, preclíky, sušenky, hranolky, bílý chléb, steak, hamburger, uzenina, maso, knedlíky, marmelády, bílý jogurt, zakysaná smetana.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (1. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno ANO
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí ANO
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit ANO
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů ANO

6) zvyšující se tolerance ANO

7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. ANO

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

Klientka C splňuje všechna diagnostická kritéria pro závislost na jídle v obou vlnách. Toto může být způsobeno tím, že má opravdu velký problém s konzumací „určitých potravin“, nebo tím, že dotazník nečetla a zaškrtnula všechny kolonky.

KLIENTKA D

Dva a dvacetiletá žena, která má dokončené základní vzdělání. Měsíční příjem má v rozmezí 0 Kč – 10 000 Kč. Splňuje diagnostická kritéria ADHD, typ převážně nepozorný. Její sexuální orientace je heterosexuální. Vykazuje příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL - 90.

Rodina klientky je doplněná o nového partnera. Otcí je 46 let a má dokončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou. Matka získala vysokoškolský diplom.

Kouřit tabák začala ve 14 letech. Alkoholu se napila poprvé ve 12 letech a užívá ho nadměrně. Marihuanu a hašiš užila prvně ve 14 letech. Pervitin datuje do období, kdy jí bylo 15 let.

Nyní kouří 20 cigaret denně. Alkohol užívala v množství 0,7 l vína a 2 piva zhruba 2x týdně. Naposledy pila 50 dnů před vyplněním dotazníku. Marihuanu či hašiš kouřila každý den v množství 1 – 1,5 g. Udává, že naposledy to bylo 48 dní před výzkumem. Pervitin před 47 dny. Užívala 0,5 – 1 g pervitinu každý druhý den, přičemž způsoby aplikace byly různé (čichání, sniffing, injekční aplikace ne do žíly).

Klientka v 0. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: zmrzlina, těstoviny, čokoláda, jahody, pizza, koblihy, sušenky.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (0. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno ANO
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí NE

- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit ANO
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů ANO
- 6) zvyšující se tolerance ANO
- 7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. ANO

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

Klientka v 1. vlně sběru dat uvádí, že v posledním roce měl problémy s konzumací těchto potravin: čokoláda, dorty, sušenky, bílý chléb.

Znaky závislosti na jídle dle dotazníku YFAS (1. vlna sběru dat):

- 1) látka je užívána ve větším množství a po delší dobu, než bylo zamýšleno ANO
- 2) trvalá touha nebo neúspěšné pokusy přestat látku užívat ANO
- 3) k získání látky je vynaloženo velké úsilí ANO
- 4) vzdání se nebo významné snížení společenských, pracovních nebo relaxačních aktivit ANO
- 5) pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů NE
- 6) zvyšující se tolerance NE
- 7) objevení abstinčních příznaků, které odezní až po znovuužití látky. ANO

Kritérium pro splnění závislosti na jídle: Použití způsobuje klinicky významné poškození nebo úzkost ANO

Klientka D v obou vlnách sběru dat vykazuje tyto společná diagnostická kritéria pro závislost na jídle: látku užívala ve větším množství a po delší dobu, než bylo původně zamýšleno; pociťovala trvalou touhu látku užít; musela omezit své aktivity kvůli konzumaci „určitých potravin“ a také se u ní objevily abstinční příznaky. V nulté vlně sběru dat jsme mohli u Klientky D pozorovat navíc zvyšující se toleranci a také pokračování i přes jasný důkaz negativních dopadů. Naopak po třech měsících pobytu v terapeutické komunitě tyto příznaky nahradilo velké úsilí, které musela Klientka D vynaložit pro získání „určitých potravin“, což bylo zjištěno i u Klienta A.

12) DISKUZE

Prezentovaná práce se zaměřila na téma stravovacích návyků, jejich vlivu na přítomnost psychopatologických symptomů u klientů s projevy ADHD v terapeutické komunitě pro léčbu závislostí. Téma ADHD u lidí se závislostí na návykových látkách je v současné době velmi diskutovaným tématem, a proto také vznikl výzkum projektu GAČR ADHD, který zkoumal ADHD u klientů v terapeutických komunitách v ČR. Součástí této studie je tato práce jako substudie tohoto výzkumu.

V této práci jsou použity české i zahraniční zdroje. Jelikož je téma závislosti na jídle nové, je ohledně tohoto tématu použita zejména zahraniční literatura, jelikož texty o této problematice v českém jazyce téměř neexistují. Závislost na jídle není v současné době diagnostikovaným onemocněním dle MKN – 10 ani dle DSM- V, z tohoto důvodu je v názvu této práce použit pojem psychopatologické symptomy, ale bylo tím zamýšleno onemocnění závislosti na jídle.

Výsledná data v kvantitativní výzkumné části této studie jsou vytvořena pomocí tří dotazníků – 1) DIVA 2.0, což je diagnostické interview, které zkoumá ADHD u dospělých, přičemž pro diagnózu ADHD v dospělosti je nutné splňovat diagnostická kritéria ADHD v dětství i v dospělosti 2) dotazník YFAS, který je diagnostickým nástrojem pro závislost na jídle, která však zatím není součástí Diagnostického a statistického manuálu ani Mezinárodní klasifikace nemocí 3) SCL – 90, což je psychologický dotazník, který zkoumá příznaky psychopatologie. Druhou část výsledků tvoří krátké případové studie klientů TK, kteří měli závislost na jídle. Případové studie jsou velmi stručné z toho důvodu, že jsou tvořeny pouze pomocí dat z dotazníků.

Jelikož byl dotazník YFAS oproti ostatním výzkumným nástrojům zařazen mnohem později, tak se testování dotazníku YFAS zúčastnilo pouze 31 osob v nulté vlně a 32 osob v první vlně. Při vyhodnocování bylo zjištěno, že nevyplnění třebaže pouze jedné odpovědi způsobí, že je dotazník YFAS nevyhodnotitelný. Z tohoto důvodu bylo možné vyhodnocovat 16 dotazníků v nulté i první vlně sběru dat, které spolu korelovaly. Tento fakt způsobil vysoké procento drop - outu (50 %), což je oproti předpokládané míře drop - outu autorů (30 – 35 %) (Miovský et al., 2014) projektu mnohem více. Velké číslo drop - outu mohlo být způsobeno nepřesným zadáním nebo nedostatečnou kontrolou dotazníků ze strany pracovníků TK, kteří sběr dat prováděli. Další možností je, že pracovníci

nevěděli, že pro vyhodnocení dotazníku YFAS musí být všechny odpovědi zodpovězeny. Toto je ohromným limitem této práce.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 16 klientů z 5 terapeutických komunit ve věku od 18 do 40 let. Průměrný věk respondentů je 26,4 let, což je podobný věkový průměr (26,8 let), který popisuje ve své práci také Zvingerová (2016). Poměrové zastoupení žen tvořilo 31 %, třetinové zastoupení žen mezi klienty v TK udává také celorepubliková statistika Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (Mravčík et al., 2016).

Polovina respondentů měla dokončené základní vzdělání, tedy z celkového počtu 16 klientů 4 (80 %) ženy a 4 (36 %) muži. Středoškolské vzdělání bez maturitní zkoušky měli dokončené 4 (36 %) muži. Státní maturitní zkoušku potvrdili 2 (18 %) muži a 1 (20 %) žena. Toto rozložení dosaženého vzdělání odpovídá také práci Richterové (2016).

Cílem práce bylo zjistit jaký vliv má pravidelný stravovací režim v pobytové léčbě v TK na diagnózu závislosti na jídle u klientů TK. Posoudit, zda závislostí na jídle trpí spíše klienti se symptomy ADHD a příznaky psychopatologie dle dotazníku SCL – 90.

Diagnóza ADHD dle diagnostického dotazníku DIVA 2.0 byla stanovena u 11 (69 %) respondentů, z toho 3 ženy a 8 mužů. Rubášová (2014), která použila ve své práci více diagnostických nástrojů (Wender Utah Rating Scale, ADHD Self Report Scale a DIVA 2.0) zjistila 50 % výskyt ADHD mezi uživateli návykových látek v terapeutických komunitách. Cahová et al. (2010) a Paclt (2007a) uvádějí, že mezi uživateli NL je přítomnost ADHD 30 – 40 %. Rozdílné výsledky s odbornou literaturou způsobuje zřejmě malý výzkumný soubor.

Závislost na jídle, která byla diagnostikována pomocí dotazníku YFAS, byla prokázána v nulté vlně sběru dat u 3 (60 %) žen a 1 (9 %) muže. V první vlně sběru dat vykazoval jeden muž (9 %) stále závislost na jídle, u žen se situace změnila a diagnostická kritéria závislosti na jídle splňovaly pouze 2 (40 %) ženy. Procentuální zastoupení mužů a žen, které mají závislost na jídle, se v této práci liší od výzkumu, který prováděl Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, a Burrows (2014), kteří udávají, že žen, které byly závislé na jídle, bylo 12,2 % a mužů 6,4 %. Rozdílná data mohou být opět způsobena malým výzkumným vzorkem v tomto výzkumu nebo také tím, že Pursey et al. prováděli výzkum na běžné populaci, takže se výsledky mohou lišit z toho důvodu, že tento výzkum byl prováděn na specifické skupině, tedy na skupině lidí, kteří jsou závislí na návykových

látkách. Klienti, kteří jsou závislí na návykových látkách (stejně jako tento výzkumný soubor) mají vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti na jídle zejména na cukru, jelikož mechanismus vzniku závislosti na jídle je velmi podobný jako vznik závislosti na návykových látkách, což potvrzují i někteří autoři (Stojek, Fischer, & MacKillop, 2015; Schulte et al., 2015).

Ženy, které mají v rodinné anamnéze závislost na alkoholu, mají dvojnásobně větší pravděpodobnost výskytu obezity ve srovnání s těmi, které závislost na alkoholu v rodinné anamnéze nemají. Tento vztah byl zkoumán také u mužů, ale zde nebyla prokázána významná souvislost (Grucza RA et al., 2010).

V této práci byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaká diagnostická kritéria závislosti na jídle se vyskytují ve výběrovém souboru vzhledem k pohlaví?

Výsledky ukazují, že se diagnostická kritéria závislosti na jídle u žen (viz Tabulka 11) a u mužů (viz Tabulka 12) liší. Všichni muži a všechny ženy uvedli v obou vlnách sběru dat, že mají silnou touhu potravinu užít. V systematickém review, které prováděli (Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins a Burrows (2014) v letech 2009 - 2014, uvádějí, že nejčastějším příznakem byla také neutuchající touha, kterou uvedlo 70 % respondentů. Ženy dále uváděly, že k získání potraviny jsou ochotné vynaložit velké úsilí, v nulté vlně to byly 4 (80 %) ženy a v první vlně sběru dat už pouze dvě (20 %) ženy. Toto diagnostické kritérium bylo také u mužů uváděno v nulté vlně více než v první (55 % a 36 % v uvedeném pořadí). Třetím nejvíce udávaným diagnostickým kritériem závislosti na jídle u žen byla zvýšená tolerance (80 % a 60 % v nulté a v první vlně sběru). Bylo zajímavé, že muži zvýšenou toleranci uváděli vyšší v první vlně sběru dat (36 % a 64 %). Muži také uváděli, že se vzdali nebo snížili své aktivity kvůli konzumaci určitých potravin, přičemž v nulté vlně byla hodnota velmi vysoká a v první vlně výrazně klesla (73 % a 18 % v uvedeném pořadí).

2. Znamená přítomnost diagnózy ADHD také přítomnost závislosti na jídle?

Všechny ženy, které měly v nulté vlně sběru dat ADHD, splňovaly také diagnostická kritéria závislosti na jídle. V první vlně sběru se situace změnila a jedna žena přestala vykazovat závislost na jídle dle dotazníku YFAS, ale diagnóza ADHD jí zůstala (viz Tabulka 14). U mužů byly poměry rozdílné (viz Tabulka 15), jelikož v obou vlnách sběru

dat většina tedy 7 (64 %) mužů měla ADHD, ale pouze jeden (9 %) muž měl ADHD a zároveň závislost na jídle. Davis et al.(2011) potvrzují, že lidé, kteří mají závislost na jídle dle dotazníku YFAS, vykazují komorbiditu dalších poruch častěji než lidé, kteří závislost na jídle nemají. Zejména se jedná o záchvatovité přejídání, depresivitu nebo ADHD. V této práci byl tento výrok potvrzen u mužů i u žen, ale ukazuje se, že naopak tvrzení neplatí. To znamená, že pokud lidé mají ADHD, neznamená to, že zároveň budou splňovat diagnostická kritéria závislosti na jídle.

3. Jaká je přítomnost závažných klinických projevů dle SCL-90 a zároveň závislosti na jídle?

Bylo zjištěno, že závislostí na jídle a zároveň příznaky psychopatologie trpí zejména ženy (viz Tabulka 16). Všechny (3) ženy, které měly v nulté vlně sběru dat závislost na jídle dle dotazníku YFAS, vykazovaly zároveň přítomnost závažných klinických projevů dle SCL – 90. V první vlně jedna žena přestala splňovat diagnostická kritéria závislosti na jídle, ale příznaky psychopatologie u ní přetrvávaly. U mužů se statistické údaje v nulté a první vlně neměnily (viz Tabulka 17). Přítomnost závažných klinických projevů dle SCL – 90 vykazovalo 5 mužů, ale žádný z nich neměl závislost na jídle. Pouze jeden muž, který splňoval diagnostická kritéria závislosti na jídle, tak neměl příznaky psychopatologie.

4. Jaký je rozdíl mezi pohlavím u dotazníků DIVA, YFAS a SCL-90?

DSM-V udává, že se ADHD v běžné dospělé populaci vyskytuje častěji u mužů než u žen v poměru 1,6 : 1 v uvedeném pořadí. V této práci také bylo prokázáno, že ženy mají vyšší prevalenci ADHD než muži (60 % a 46%). Ženy mnohem více trpí závislostí na jídle dle dotazníku YFAS než muži (60 % a 9 % v uvedeném pořadí). Meta - analýza, kterou prováděli Pursey, Stanwell, Gearhardt, Collins, a Burrows (2014) zjistili, že závislostí na jídle trpí 19,9 % populace a také ženy trpěly více závislostí na jídle než muži (12,2 % a 6,4 %, v tomto pořadí). Zřejmě by bylo potřeba dalšího výzkumu, abychom došli k vysvětlení, zda ženy, které jsou závislé na NL, mají mnohem větší sklony k závislosti na jídle než ženy v běžné populaci, nebo zda došlo k tomuto zkreslení pouze malým výzkumným vzorkem v této práci. Příznaky psychopatologie mají v nulté vlně tři ženy, které mají zároveň ADHD a také závislost na jídle. V první vlně vykazují tři ženy přítomnost závažných klinických projevů dle dotazníku SCL – 90, z čehož dvě ženy mají také ADHD a závislost na jídle a jedna žena má ADHD a příznaky psychopatologie, dvě ženy nevykazují žádné z uvedených onemocnění (viz Tabulka 20). Pět mužů vyazuje

příznaky psychopatologie v obou vlnách sběru dat, ale tito muži nemají závislost na jídle, avšak všech pět mužů má ADHD. Toto je rozdíl mezi pohlavím u výše zmíněných dotazníků. Ženy splňují buď všechna diagnostická kritéria těchto dotazníků. Zatímco ani jeden muž nemá zároveň všechny tři diagnózy.

5. Jaké společné znaky mají lidé, kteří mají závislost na jídle dle dotazníku YFAS?

Cílem této otázky bylo zjistit pomocí několika dotazníků (viz Tabulka 9 a 10), co spojuje respondenty, kteří měli závislost na jídle dle dotazníku YFAS. Bohužel se ukázalo, že informace z dotazníků jsou velmi strohé, není možné si získané informace více propojit s jedincem a jeho bio – psycho – socio – spirituálními příčinami vzniku závislosti na jídle. Tyto krátké případové práce jsou zpracované v této omezené podobě, jelikož nebylo možné získat více informací, které by mohli vytvořit lepší představu o respondentech. Přesto si však myslím, že i takto omezené případové studie mohou posloužit k lepší představě jedinců, kteří mají závislost na jídle, závislost na návykových látkách, ADHD a u žen také příznaky psychopatologie.

Závislost na jídle je podle zahraničních studií problémem zejména ve vyspělých zemích (Gearhardt et al., 2009; Meule et al., 2012). Schulte, Avena, a Gearhardt (2015) uvádí, že zejména potraviny s vysokým glykemickým indexem jsou problémové pro jedince, kteří trpí závislostí na jídle. Závislost na jídle se nevyskytuje na jakémkoli jídle, ale zejména ji způsobují sladké, slané a tučné potraviny (Gearhardt et al., 2009; Hone-Blanchet, 2014). Tuto skutečnost, že závislost na jídle souvisí se slanými, sladkými a tučnými potravinami byla prokázána i v této práci. Respondenti, kteří byli závislí na jídle, uváděli, že v posledním roce měli problémy zejména s konzumací sladkých potravin (čokoláda, dorty, sušenky, jahody, koblíhy, zmrzlina, marmelády, limonáda, marcipán, bonbóny), s konzumací slaných a tučných potravin (pizza, brambůrky, steak, hamburger, salám, vlašský salát, slanina, cheesburger, uzeniny, krokety, hranolky, zakysaná smetana) a také se škroby (bílý chléb, rohlíky, těstoviny).

Všichni respondenti, kteří mají závislost na jídle dle dotazníku YFAS, užívali tabák, marihuanu a pervitin. Tyto látky však uváděli téměř všichni respondenti této práce společně s nadměrným užíváním alkoholu, což potvrzovali tři ze čtyř lidí, kteří měli závislost na jídle.

Pokud se zaměříme na rodinné zázemí, tak Klientka B - D nemají úplnou rodinu. Rodina klienta A je úplná.

Domnívám se, že získané výsledky této práce by mohly posloužit jako základ pro další výzkum, který by mohl být zpracován spíše kvalitativní formou a zaměřit se na hledání společných znaků a příčin vzniku a rozvoje závislosti na jídle.

13) ZÁVĚR

Stejně jako jiné závislosti můžeme také u závislosti na jídle pozorovat diagnostická kritéria závislosti. V této práci bylo zjištěno, že všichni závislí na jídle zažívají silnou touhu „určitou potravinu“ užít, dále také mají zvýšenou toleranci k látce a pokračují v užívání i přes jasný důkaz negativních dopadů.

Data byla sbírána ve dvou vlnách, tedy hned po nástupu do TK a následně po třech měsících léčby v TK. Tento způsob sběru dat byl zvolen z toho důvodu, aby bylo možné porovnat, zda pravidelný stravovací režim bude mít vliv na výskyt závislosti na jídle a na přítomnost psychopatologie. Závislost na jídle měli v nulté vlně sběru dat 4 respondenti. V první vlně sběru dat 3 respondenti. Ovšem výskyt příznaků psychopatologie se nezměnil.

Zajímavým výsledkem je, že ženy měly buď všechny zkoumané diagnózy, nebo žádnou. To znamená, že tři ženy měly závislost na jídle, ADHD a zároveň přítomnost psychopatologie. Zbylé dvě respondentky neměly žádné z uvedených onemocnění. Naopak jediný muž, který měl závislost na jídle, měl zároveň ADHD, ale symptomy psychopatologie nevykazoval. Pět respondentů má ADHD a současně vykazují příznaky závažných klinických poruch dle dotazníku SCL -90. Dva respondenti měli dle dotazníku DIVA 2.0 syndrom ADHD. U zbylých 3 mužů se nepotvrdilo žádné z uvedených onemocnění.

Ze čtyř lidí, kteří měli závislost na jídle, přestala jedna respondentka po 3 měsících léčby v terapeutické komunitě vykazovat diagnózu závislosti na jídle. Mohli bychom předpokládat, že pravidelný stravovací režim, abstinence od NL a zřejmě i omezené možnosti získat „určité potraviny, mělo vliv na výskyt závislosti na jídle.

Přestože o závislosti na jídle není mnoho informací a jedná se o zatím málo prozkoumanou oblast, je dobré myslet na to, že závislost na jídle stejně jako ostatní závislosti může mít na jedince a jeho život devastující dopad.

14) SEZNAM ZKRATEK

DIVA	Diagnostické interview pro diagnostiku ADHD v dospělosti
DSM IV	Diagnostický a statistický manuál psychických poruch – 4. revize
DSM V	Diagnostický a statistický manuál psychických poruch – 5. Revize
FA	Food addiction – závislost na jídle
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
NL	návyková látka
PET	pozitronová emisní tomografie
SCL – 90	dotazník pro ověření psychopatologických symptomů
SŠ	středoškolské vzdělání
TK	terapeutická komunita
VŠ	vysokoškolské vzdělání
YFAS	Yalská škála závislosti na jídle
ZŠ	základní vzdělání

15) SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Adameček, D. (2007). Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In Nevšímal, P. (ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
- Adameček, D., Libra, J., & Šedivá, D. (2015). *STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby: Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče*. Vláda České Republiky [online]. Retrieved from: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
- Amram, Y., & Benbenishty, R. (2014). The Impact of Therapeutic Factors on Locus of Control of Addicts in Therapeutic Communities. *Journal of Groups in Addiction*, 9(4), pp. 313-325. DOI: 10.1080/1556035X.2014.967576.
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bello, N. T., & Hajnal, A. (2010). Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacol Biochem Behav*, 97(1), 25-33. doi: 10.1016/j.pbb.2010.04.016
- Berger, I., Dor, T., Nevo, Y., & Goldzweig, G. (2008). Attitudes toward attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) treatment: parents' and children's perspectives. *J Child Neurol*, 23(9), 1036-1042. doi: 10.1177/0883073808317726
- Bloch, M. H., & Qawasmi, A. (2011). Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(10), 991-1000. doi: 10.1016/j.jaac.2011.06.008
- Brown, T. (2014). *Smart but stuck: emotions in teens and adults with ADHD*. (1 online resource (290 pages)). San Francisco, California: Jossey-Bass.

- Brown, T. (2014). Smart but stuck: emotions in teens and adults with ADHD. (1 online resource (290 pages)). San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Brunerová, L., & Anděl, M. (2014). Regulace příjmu potravy - II. část. Vnitřní Lékařství, 60(1), 38-50. Retrieved from: <http://kramerus.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:cb0c02d5-0615-11e5-b183-d485646517a0>
- Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita
- Cota, D., Tschop, M. H., Horvath, T. L., & Levine, A. S. (2006). Cannabinoids, opioids and eating behavior: the molecular face of hedonism? Brain Res Rev, 51(1), 85-107. doi: 10.1016/j.brainresrev.2005.10.004
- Čermáková, M., Papežová, H., Uhlíková, P. (2013). Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): Příručka pro dospělé. Retrieved from: <http://www.prevence-praha.cz/adhd?start=3>
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. Appetite, 57(3), 711-717. doi: 10.1016/j.appet.2011.08.017
- De Leon, G. (2001). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe. In Nevšimal, P. (ed.), Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje – o. p. s. Magdaléna, 2005
- Drtílková, I. (2007a). Klinický obraz. In: Drtílková, I., Šerý, O. et. al., (2007). Hyperkinetická porucha. ADHD. Praha: Galén.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: Kalina, K., Základy klinické adiktologie. Grada Publishing.as.
- EMCDDA. (2004). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. Drugs in Focus, 14. Lisabon: EMCDDA.
- Fontana, M. (2013). Sladká droga: co hrozí při nadměrné konzumaci cukru. (1.) Praha: Portál.

- Frouzová, M. (2003) Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Kap. 2/6 Praha: NMS - Úřad vlády České republiky.
- Garland, T. (2014). Self-regulation interventions and strategies: keeping the body, mind and emotions on task in children with Autism, ADHD or sensory disorders. (1 online zdroj (211 pages)). Eau Claire, Wisconsin: Pes Publishing.
- Gearhardt, A. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* [online]. [cit. 2016-05-29]. DOI: 10.1016/j.appet.2008.12.003. ISSN 01956663.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*, 52(2), 430-436. doi: 10.1016/j.appet.2008.12.003
- Gearhardt, A. N., Roberto, C. A., Seamans, M. J., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2013). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale for children. *Eating Behaviors*, 14(4), 508-512. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.07.002
- Grucza RA, Krueger RF, Racette SB, Norberg KE, Hipp PR, Bierut LJ. The emerging link between alcoholism risk and obesity in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(12):1301–1308
- Haller, J. (2005). 13 Vitamins and Brain Function. *Nutritional Neuroscience*, 207
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti: [poruchy pozornosti a hyperaktivita, rozpoznání, řešení, prevence]* (1. vyd.). Praha: Návrat domů.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat* (3., přeprac. vyd.). Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Holi, M. (2003) Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Department of Psychiatry, Helsinki University Finland. Academic Dissertation.

- Hone-Blanchet, A., & Fecteau, S. (2014). Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*, 85, 81-90. doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.05.019
- Höschl, C. (1996). Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, 75, 485-8.
- Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- Chrpová, D. (2010). *S výživou zdravě po celý rok*. Grada Publishing as.
- Ifland, J. R., Preuss, H. G., Marcus, M. T., Rourke, K. M., Taylor, W. C., Burau, K., . . . Manso, G. (2009). Refined food addiction: A classic substance use disorder. *Medical Hypotheses*, 72(Perry et al.), 518-526. doi: 10.1016/j.mehy.2008.11.035
- Janzen, R. (2001). *The rise and fall of synanon: A California utopia*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press. Retrieved from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=64d9fef4-b6ed-41ee-8812-d8646871b278%40sessionmgr4001&vid=9&hid=4212>
- Jeřábek, P. (2015). *Psychopatologie závislosti*. In Kalina, K. *Klinická adiktologie* (Vydání 1.). Praha: GradaPublishing.
- Jiráček, R., & Zeman, M. (2007). Vliv omega-3 a omega-6 nenasycených mastných kyselin na psychické poruchy. *omega*, 2(4), 6.
- Kalina, K. (2008a). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing as.
- Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí* (Vyd. 1.). Praha: Grada.
- Kalina, K., et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova
- Kalina, K., Rubášová, E., Mioviský, M., Čablová, L., Šťastná, L. (2014). The Effects of ADHD on the Process and Outcome of Drug Treatment in Therapeutic Communities in the Czech Republic – a Pilot Study [Vliv ADHD na proces a výstupy léčby u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice – pilotní studie]. *Adiktologie*, 14(3), 228–246.

- Kim, Y., & Chang, H. (2011). Correlation between attention deficit hyperactivity disorder and sugar consumption, quality of diet, and dietary behavior in school children. *Nutr Res Pract*, 5(3), 236-245. doi: 10.4162/nrp.2011.5.3.236
- Kirby, K., Floriani, V., & Bernstein, H. (2001). Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Curr Opin Pediatr*, 13(2), 190-199.
- Kocourková, J., Koutek, J., & Lebl, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání* (1. vyd.). Praha: Galén.
- Konigs, A., & Kiliaan, A. J. (2016). Critical appraisal of omega-3 fatty acids in attention-deficit/hyperactivity disorder treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 1869-1882. doi: 10.2147/NDT.S68652
- Konigs, A., & Kiliaan, A. J. (2016). Critical appraisal of omega-3 fatty acids in attention-deficit/hyperactivity disorder treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 1869-1882. doi: 10.2147/NDT.S68652
- Kooij, J. J., & Francken, M. H. (2010). *Diagnostic Interview for ADHD in Adults Version 2.0 (DIVA 2.0)* [Dutch: Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen]. *DIVA Foundation*, The Hague, the Netherlands.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita* (1. vyd.). Praha: Academia.
- Lepping, P., & Huber, M. (2010). Role of zinc in the pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder: implications for research and treatment. *Cns Drugs*, 24(9), 721-728. doi: 10.2165/11537610-000000000-00000
- Lien, L., Lien, N., Heyerdahl, S., Thoresen, M., & Bjertness, E. (2006). Consumption of Soft Drinks and Hyperactivity, Mental Distress, and Conduct Problems Among Adolescents in Oslo, Norway. *American Journal of Public Health*, 96(10), 1815-1820. doi: 10.2105/AJPH.2004.059477
- Lustig, R. (2015). *Cukr - náš zabiják*. (1. vyd., 292 s.) Brno: CPress.
- Martykánová, L. (2010). Endokanabinoidní systém. *Časopis Lékařů Českých*, 149(8), 368-371. Retrieved from <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-archiv-cisel?id=3316>

- Matias, I., & Di Marzo, V. (2007). Endocannabinoids and the control of energy balance. *Trends Endocrinol Metab*, 18(1), 27-37. doi: 10.1016/j.tem.2006.11.006
- Meule, A., Vögele, C., Kübler, A (2012). German translation and validation of the Yale food addiction scale. *Diagnostica*, 58 (3), 115-126.
- Minarik, J., Gabrhelik, R., Malcolm, R., Pavlovska, A., & Miller, P. (2016). Methylphenidate substitution for methamphetamine addiction and implications for future randomized clinical trials: a unique case series. *Journal of Substance Use*, 21(4), 435-438. doi: 10.3109/14659891.2015.1045047
- Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing as.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mioviský, M. et al. (2013). Vliv ADHD na vybrané psychické funkce (kognitivní a exekutivní funkce a emoční labilitu) a na životní dovednosti (dovednosti sebeovlivnění a sociální dovednosti) u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. Praha. Návrh projektu GAČR. Pracovní verze dokumentu.
- Mioviský, M., Čablová, L., Kalina, K., & Šťastná, L. (2014). Vliv ADHD na průběh a výsledek léčby závislosti u klientů terapeutických komunit: design výzkumného projektu. *Adiktologie*, 14(4), 392-400
- Mourek, J. (2012). *Fyziologie-Učebnice pro studenty zdravotnických oborů-2., doplněné vydání*. Grada Publishing as.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grohmannová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., Jurystová, L. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012.

- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J., Malinová, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. 2016. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. 2013. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Preslová, I., Doležalová, P., Koňák, T. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011
- Munden, A., & Arcelus, J. (2006). Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky (Vyd. 2.). Praha: Portál.

- Namyslovová, M. (2015). Komplikace léčby v terapeutické komunitě u uživatelů metamfetaminu v kontextu rizikových faktorů spojených s ADHD. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *The Lancet*, 387(10026), 1377 - 1396. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
- Nevšímal, P. (2007). Duální diagnózy – možnosti léčby klientů s duální dg. v TK a její limity. In Nevšímal, P. (ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
- Pacft, I. (2007a). Hyperkinetický syndrom v dospělosti. In: Pacft, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Pacft, I. (2007b). Hyperkinetický syndrom: klinický obraz a diagnostika. In: Pacft, I., et. al., (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Palčová, A. (2000). Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup. GradaPublishingas.
- Perry, K., Usher, Ke, Lambert, A., Cruz, T., Nelly, . . . Secret Sisters. (2010). Now that's what I call music! 36 [sound recording]. Hollywood, Calif.: EMI,.
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590. doi: 10.3390/nu6104552
- Richterová Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogově závislosti II: mezioborový přístup*. Kap. 8/8 Praha: NMS - Úřad vlády České republiky.

- Richterová, L. (2016). Závažné klinické projevy klientů terapeutických komunit v kontextu komorbidity ADHD. Praha
- Rubášová, E. (2014). ADHD u klientů terapeutických komunit pro drogově závislé – prevalence, vliv na osobnost a na průběh a výsledek léčby. Praha
- Rubášová, E. (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice – pilotní studie. Česká a slovenská psychiatrie, 111(5), 228–235.
- Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. Plos One, 10(2), e0117959. doi: 10.1371/journal.pone.0117959
- Speck, B. (2009). Vaříme malým neposedům: [zdravá a zklidňující strava pro hyperaktivní a neklidné děti]. Brno: Computer Press.
- Stará, I. (2013). Pilotní ověření metodiky patologické závislosti na jídle – dotazníkové šetření realizované ve vybraných pražských fast foodech a cukrárnách. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
- Stark, R., Bauer, E., Merz, C. J., Zimmermann, M., Reuter, M., Plichta, M. M., . . . Herrmann, M. J. (2011). ADHD related behaviors are associated with brain activation in the reward system. Neuropsychologia, 49(3), 426-434. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.12.012
- Stojek, M. K., Fischer, S., & MacKillop, J. (2015). Stress, cues, and eating behavior. Using drug addiction paradigms to understand motivation for food. Appetite, 92, 252-260. doi: 10.1016/j.appet.2015.05.027
- Světová zdravotnická organizace (2009). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize). WHO: Ženeva.
- Šefránek, M. (2014). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. Retrieved from: <http://www.drogy->

info.cz/data/obj_files/1626/317/Evaluace_vysledku_lecby_v_terapeutickych_komunitach.pdf

- Šťastná, L. (2015). Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA). Retrieved 19.3.2017 from: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/5197/Diagnostickeinterview-o-ADHD-u-dospelych-DIVA>
- Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., van den Bree, M., Thomas, H., . . . Hay, D. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *Am J Psychiatry*, 160(11), 1985-1989. doi: 10.1176/appi.ajp.160.11.1985
- Thompson, R., & Miller, N. (2013). ADHD: cognitivesymptoms, genetics and treatmentoutcomes. (xi, 138 p.) New York: Nova Biomedical.
- Turkoglu, S., Bilgic, A., & Akca, O. F. (2015). ADHD symptoms, breast-feeding and obesity in children and adolescents. *Pediatrics International*, 57(4), 546-551. doi: 10.1111/ped.12593
- Van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M. W., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P. J., Kaye, S., van den Brink, W. (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol Depend*, 134, 158-166. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.026
- Villagomez, A., & Ramtekkar, U. (2014). Iron, Magnesium, Vitamin D, and Zinc Deficiencies in Children Presenting with Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Children (Basel)*, 1(3), 261-279. doi: 10.3390/children1030261
- Werdell, P. R. (2010). "Normal" Eater, Emotional Eater, Food Addict [Online]. In Food Addiction Institute. Saraasota. Retrieved from <http://foodaddictioninstitute.org/wp-content/uploads/Final-Saturday-Normal-Eater.pdf>

- WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR): poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). (2014). Retrieved from: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>
- WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR): poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90 – F98). (2014). Retrieved from: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>
- Zlatko, M., & Dalibor, P. (2012). Praktická dětská obezitologie. GradaPublishingas.
- Zvingerová, N. (2016). Proces motivace ke změně u klientů se symptomatikou ADHD v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Praha.
- Žampachová et al., (2015). KATALOG PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ: Pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění. (1. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci. Retrieved from: <https://www.citacepro.com/dok/aCcv7MUqv0vJsXGU>

16) PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník YFAS

Příloha č. 2: Dotazník SCL-90

Příloha č. 3: Dotazník DIVA 2.0 – Informace pro účastníky projektu

Příloha č. 4: Dotazník DIVA 2.0 – Informovaný souhlas účastníků výzkumného projektu

Příloha č. 1: Dotazník YFAS

Stravovací návyky

Tento dotazník zkoumá Vaše stravovací návyky v posledním roce. Prosím vyplňte pohlaví, věk a poté u každé otázky zaškrtněte jednu odpověď						
Tento dotazník je zcela anonymní, výsledky budou k dispozici jen pro výzkumné účely a souhrnně pro všechny nasbírané dotazníky.						
Lidé mají občas problémy s kontrolou příjmu určitých potravin/jídel jako jsou: sladkosti (např. zmrzlina, čokoláda, dorty, koblihy apod.) : škroby (např. bílý chléb, těstoviny, rýže apod.) : slané pochutiny (brambůrky, preclíky, crakery apod.) : tučná jídla (např. slanina, hamburgery, cheeseburgery, pizza, hranolky apod.) : sladké nápoje (limonády, kolové nápoje apod.)						
Pokud se v následujících otázkách bude vyskytovat slovní spojení " určité potraviny ", představte si pod tímto pojmem cokoli z výše uvedeného seznamu, nebo jakoukoliv jinou potravinu, se kterou jste někdy měl/a potíže.						
Muž/Žena	Věk:	Nejvyšší dosažené vzdělání: a) ZŠ c) SŠ s maturitou	b) SŠ bez maturity d) VŠ	Výše měsíčního příjmu: a) 0,- - 10 000,- c) 20 000,- - 30 000,-	b) 10 000,- - 20 000,- e) nad 40 000,-	d) 30 000,- - 40 000,-
V posledních 12 měsících				Nikdy	1x za měsíc	2-4x za měsíc
				2-3x za týden	4x týdně nebo denně	
1. Zjistil/a jsem, že když začnu jíst určité potraviny , sním toho mnohem více, než jsem plánoval/a.						
2. Zjistil/a jsem, že pokračuji v konzumaci určitých potravin , i když už nemám hlad.						
3. Jím do té doby, než se cítím hodně přejedený/á.						
4. Nedovedu si představit, že bych příjem určitých potravin měl/a omezit nebo úplně zastavit.						
5. Strávil/a jsem mnoho času nic neděláním nebo únavou z přejedení.						
6. Zjistil/a jsem, že jím určité potraviny v průběhu celého dne.						
7. Pokud doma nemám určité potraviny , ale jiného jídla tam je dostatek, neváhám a jdu si tzv. určité potraviny koupit.						
8. Stalo se mi v posledním roce, že jsem práci, čas strávený s rodinou a přáteli často nahrazoval/a konzumací určitých potravin .						
9. Měl/a jsem v posledním roce období, kdy jsem většinu času trávil/a konzumací určitých potravin a vzápětí jsem si stěžoval/a na to, že jsem přejedený/á.						
10. Stalo se mi, že jsem se vyhýbal/a různým pracovním i společenským akcím (rauty) z obavy, že bych se mohl/a přejíst.						
11. V posledním roce se mi stalo, že jsem se nemohl účastnit různých pracovních a společenských akcí (rauty apod.), protože jsem nebyl/a schopen mezi tolika lidmi konzumovat určité potraviny .						
12. Pociťoval/a jsem něco jako abstinenční příznaky (úzkost, neustálé myšlenky na určité potraviny nebo jiné psychické příznaky, v době kdy jsem tyto potraviny nejedl. (Prosím nezahrnujte abstinenční příznaky způsobené snížením množství kofeinu z kávy, čaje, energetických nápojů apod.).						

V posledních 12 měsících						Nikdy	1x za měsíc	2-4x za měsíc	2-3x za týden	4y týdně nebo denně
13. Konzumoval/a jsem určité potraviny k tomu, abych předcházel/a pocitům úzkosti či jiným psychickým obtížím, které by se jinak rozvinuly. (opět prosím nezahrnujte pocity způsobené snížením přísunu kofeinu).										
14. Když se snažím omezit přísun určitých potravin , mám na ně ještě větší chuť.										
15. To, jak zacházím s určitými potravinami (konzumuji jich velké množství), ve mně vyvolává pocity úzkosti.										
16. Častá konzumace určitých potravin mi způsobuje problémy v zaměstnání, ve škole i v osobním životě										
V posledním roce									Ne	Ano
17. Konzumace určitých potravin mi způsobuje psychické problémy (jsem znechucen sám sebou, pocity viny, deprese a úzkosti).										
18. Mám pocit, že mi konzumace určitých potravin způsobuje psychické potíže, které se zhoršují.										
19. Přesto, že mám psychické potíže, stále konzumuji velké množství určitých potravin .										
20. Během posledního roku jsem zjistil/a, že potřebuji sníst více jídla, abych se cítil/a dobře (snížil/a negativní emoce, zvýšil/a potěšení)										
21. Zjistil/a jsem, že množství jídla, které mi stačilo dříve na to abych potlačil/a negativní emoce nebo zvýšil/a potěšení, mi už nestačí.										
22. Chci omezit nebo zastavit konzumaci určitých potravin .										
23. Snažila jsem se snížit či přestat konzumovat určité potraviny .										
24. Byl/a jsem úspěšný/á ve snížení či zastavení konzumace určitých potravin .										
						Jednou	Dvakrát	Třikrát	Čtyřikrát	5 a vícekrát
25. Kolikrát v posledním roce jste se snažil/a omezit či zcela přestat konzumovat určité potraviny ?										
26. Zakroužkujte všechny následující potraviny, se kterými jste měl/a v posledním roce potíže.										
zmrzlina	čokoláda	jablka	koblihy	brokolice	dorty	sušenky	bílý chléb	slanina	hamburger	
těstoviny	jahody	rýže	brambůrky	crakery	preclíky	hranolky	mrkev	steak	banán	
cheeseburger	pizza	limonáda	bonbóny	hlávkový salát	žádný z uvedených					
27. Vypište všechny potraviny, se kterými jste někdy měl/a potíže a nebyly zmíněny v předchozí otázce										

SCL-90

Obvyklá mezinárodní zkratka: SCL-90

Plný název v originále: Self-Report Symptom Inventory

Plný název v češtině: nepoužívá se

Autoři: L.R.Derogatis, R.S.Lipman, L.Covi

Poznámka: Jedná se o novější rozšířenou verzi dotazníku HSCL (Hopkins Symptom Checklist).

Hodnocená populace: dospělí ambulantní pacienti psychiatrickí i nepsychiatrickí

Účel užití: sledování psychopatologických symptomů u ambulantních pacientů

Doporučený uživatel: střední zdravotnický pracovník

Zdroj dat: výpověď pacienta o jeho potížích

Technika získání dat: zaškrťování skóre pacientem ve speciálním předtištěném formuláři nebo třídění kartiček s jednotlivými položkami do třídících boxů (druhý způsob je zdoluhavější při přepisování skóre do standardního formuláře, považujeme jej však za méně únavný pro pacienta a robustnější vůči vzniku "haló efektu")

Hodnocené období: poslední týden, včetně dne hodnocení

Transformované veličiny:

- a) celkový index příznaků (General Symptomatic Index, GSI)
- b) počet pozitivních příznaků (Positive Symptom Total, PST)
- c) průměrná závažnost příznaku (Positive Symptom Distress Index, PSDI)
- d) dimenzní skóre (jde o faktorové skóre)

Výpočet transformovaných skóre a sycení dimenzí:

GSI = celkový skóre / 90

PST = počet položek s nenulovými skóre

PSDI = celkový skóre / PST

Dimenze 1 (somatizace): položky 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58

Dimenze 2 (obsese-kompulze): položky 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65

Dimenze 3 (interpersonální senzitivita): položky 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73

Dimenze 4 (deprese): položky 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79

Dimenze 5 (úzkost): položky 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86

Dimenze 6 (vztek-hostilita): položky 11, 24, 63, 67, 74, 81

Dimenze 7 (fobie): položky 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82

Dimenze 8 (paranoidita): položky 8, 18, 43, 68, 76, 83

Dimenze 9 (psychoticismus): položky 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

Nezařazené položky: 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

Literatura:

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L.: SCL-90: Self-Report Symptom Inventory. In: Guy, W.: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, DHEW 1976, s.313-331

SCL-90

Stupnice hodnocení: 0 - vůbec ne; 1 - trochu; 2 - středně; 3 - hodně; 4 - mimořádně mnoho	
Vyjádřete, jak dalece Vás obtěžovaly	
01.	Bolesti hlavy
02.	Nervozita, vnitřní neklid nebo rozechvění
03.	Nechtěné, vtíravé myšlenky, slova, nápady nebo melodie, kterých se nemůžete zbavit (vhodné podtrhněte)
04.	Pocity na omdlení nebo závratě
05.	Ztráta sexuálního zájmu nebo uspokojení
06.	Pocit, že Vás druzí kritizují
07.	Pomyšlení, že někdo jiný může ovládat Vaše myšlenky
08.	Pocit, že druzí mají vinu na většině Vašich obtíží
09.	Strach, že si něco nezapamatujete nebo v případě potřeby si na to okamžitě nevzpomenete
10.	Nesnášíte povrchnost, nedbalost a nepořádnost
11.	Dáte se snadno znepokojit nebo podráždít
12.	Bolesti u srdce nebo na hrudníku
13.	Pocity strachu z otevřených prostranství (široké ulice, parky, pole)
14.	Pocit, že máte málo energie nebo že jste zpomalen
15.	Myšlenky na ukončení Vašeho života
16.	Slyšení hlasů, zvuků a pod., které jiní neslyší
17.	Třesavka, svalové chvění v rukách, nohách
18.	Pocit, že většinu lidí nelze věřit
19.	Špatná chuť k jídlu
20.	Mít blízko k pláči, snadno se rozplakat
21.	Cítit se plachý, stydlivý nebo nesvůj ve vztahu k opačnému pohlaví
22.	Pocit jako byste byl chycen do pastí, zaskočen, přistižen při něčem nedovoleném a podobně
23.	Náhlé a bezdůvodné stavy vyplašenosti, zděšení, paniky
24.	Náhlé a bezdůvodné výbuchy nálad, které nemůžete ovládat
25.	Obavy, strach vycházet sám z domova
26.	Sebeobviňování
27.	Bolesti v kříži nebo jinde v páteři
28.	Pocit, že Vám něco brání dostat se z místa (ukončit práci a podobně)
29.	Pocit osamělosti, opuštěnosti
30.	Skříčenost, skleslost, pocit beznaděje, smutná nálada
31.	Připouštět si nadměrné starosti
32.	Pocit, že nemáte o nic zájem
33.	Neurčité pocity úzkosti a strachu
34.	Snadná zranitelnost citů
35.	Pocit, že druzí čtou a znají Vaše tajné myšlenky

36.	Pocit, že Vám druzí nerozumí nebo s Vámi necítí	
37.	Pocit, že jsou Vám lidé nepřátelští nebo Vás nemají rádi	
38.	Nutnost dělat vše velmi pomalu, aby to bylo správně	
39.	Bušení srdce nebo jeho zrychlený tep	
40.	Návaly pocitu na zvracení nebo nevolnost od žaludku	
41.	Pocity méněcennosti vůči druhým	
42.	Bolesti svalů	
43.	Pocit, že druzí koukají, sledují Vás nebo si o Vás povídají	
44.	Potíže s usínáním	
45.	Potřeba kontrolovat a překontrolovávat po sobě to, co děláte	
46.	Nerozhodnost, rozhodování se s obtížemi	
47.	Strach z cesty autobusem, vlakem, tramvají nebo metrem	
48.	Pocity nedostatku vzduchu nebo "krátkosti dechu"	
49.	Návaly horka nebo chladu	
50.	Nutnost vyhnout se ze strachu určitým místům, předmětům nebo činnostem	
51.	Pocity prázdné hlavy (mít okénka)	
52.	Necitlivost nebo pocity pálení některých míst těla	
53.	Pocit knedlíku v hrdle	
54.	Pocit beznaděje do budoucnosti	
55.	Vedlejší myšlenky brání soustředit se	
56.	Pocity slabosti v některých částech těla	
57.	Pocity napětí a vzrušenosti	
58.	Pocity tíže v rukou nebo v nohou	
59.	Myšlenky o smrti nebo umírání	
60.	Přejídání se	
61.	Cítit se nesvůj, nejistý, když se na Vás lidé dívají nebo o Vás hovoří	
62.	Objevují se myšlenky, které nejsou Vaše vlastní (jako by byly "vložené" druhými hypnózou, sugescí a pod.)	
63.	Míváte nutkání, nápady někoho ztlouci, zranit ho nebo mu jinak ublížit	
64.	Probouzet se příliš brzy	
65.	Nutkání opakovat tytéž úkony jako doteky, počítání, mytí se a podobně	
66.	Neklidný nebo narušený spánek	
67.	Touha lámat, rozbít nebo jinak ničit věci	
68.	Míváte nápady nebo názory, které nejsou pro druhé	
69.	Cítit se nesvůj, nejistý mezi lidmi	
70.	V návalu lidí jako ve frontě, v obchodě, kině se cítit nepříjemně, nejistě	
71.	Pocit'ovat vše jako námahu	
72.	Chvilky pocitu hrůzy nebo paniky	
73.	Při jídle nebo pití v přítomnosti lidí nepříjemný pocit	
74.	Dostávat se do častých sporů	

75.	Nepříjemný pocit nervozity, jste-li o samotě	
76.	Druzí Vám nevěří nebo nevyjadřují dostatečné uznání za Vaše úspěchy či zásluhy	
77.	Pocit samoty, osamělosti i když jste mezi lidmi	
78.	Pocity takového neklidu, nepokoje, že nemůžete ani klidně sedět	
79.	Pocit, že za nic nestojíte, k ničemu nejste, nikam se nehodíte	
80.	Pocity jako by známé věci byly (dojem) podivné nebo neskutečné	
81.	Zlostně na někoho pokřikovat, křičet nebo zlostně, vztekale házet, bouchat věcmi	
82.	Strach z omdlení na veřejnosti	
83.	Myšlenky, že Vás lidé využijí či zneužijí, dáte-li jim příležitost, pokud se necháte	
84.	Míváte myšlenky sexuálního obsahu, které Vás silně obtěžují či znepokojují	
85.	Myšlenky, že byste měl být potrestán za Vaše hříchy, přestupky nebo poklesky	
86.	Nepříjemný, tísnivý pocit, že musíte něco udělat, něco si zařídit, dát si udělat nějakou věc	
87.	Myšlenka, že se děje nebo se již stalo něco vážného, změna s Vaším tělem	
88.	Necítit citovou blízkost k žádné osobě	
89.	Pocit viny	
90.	Dojem, že s Vaším myšlením, myšlenkami, rozumem není něco v pořádku	

Příloha č. 3: Dotazník DIVA 2.0 – Informovaný souhlas účastníků výzkumného projektu

*Klinika adiktologie 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2. Tel/fax: 224 96 5035.
E-mail: info@adiktologie.cz. Websites: www.adiktologie.cz*

Informovaný souhlas účastníků výzkumného projektu

Název projektu: Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách

1) Souhlasím s účastí ve výzkumném projektu: „Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách“.

2) Potvrzuji tímto, že mi člen řešitelského týmu studie _____ podrobně a k mé spokojenosti vysvětlil/a povahu, cíle a důsledky výzkumného projektu, především jaký vliv na mě mohou mít, a že svůj souhlas dávám dobrovolně.

3) Obdržel/a jsem písemné Informace pro účastníky.

4) Uvědomuji si, že účast v tomto výzkumném projektu mi nemusí přinést žádné přímé výhody a že mohu svůj souhlas stáhnout kdykoli, aniž by to mělo jakýkoli vliv na má práva nebo na povinnosti výzkumníků.

5) Souhlasím s tím, že data získaná z výsledků studie mohou být publikována, za podmínky, že nebudu moci být identifikován/a.

Souhlas účastníka dle tohoto formuláře je součástí dokumentace grantového projektu GAČR č. 14-07822S.

Podpis: _____ Datum: _____

Prohlášení člena řešitelského týmu: Já, _____, jsem popsal/a výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které studie zahrnuje. Podle mého názoru klient/ka tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____ Podpis člena/ky týmu: _____ Funkce v projektu: _____

*Kontaktní osoba: PhDr. Lenka Čablová, zástupce vedoucího projektu
Klinika adiktologie 1. lékařská fakulta a VFN, Univerzita Karlova v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2.
E-mail office: cablova@adiktologie.cz. Tel.: +420 224 964 390*

*Klinika adiktologie 1.lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2. Tel/fax: 224 96 5035.
E-mail: info@adiktologie.cz. Websites: www.adiktologie.cz*

Informace pro účastníky projektu

Název projektu: Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách

Úvod: Byl/a jste požádán/a, abyste se zúčastnil/a výzkumné studie, jejímž cílem je zkoumat průběh léčby v terapeutické komunitě a specificky se zaměřit na výskyt projevů ADHD, tedy tzv. hyperkinetického syndromu, který se často již v dětství projevuje různými problémy jako jsou poruchy soustředění, pozornosti, nálady atd.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a můžete se kdykoli rozhodnout z ní vystoupit. Než dáte svůj souhlas s účastí ve studii, přečtěte si, prosím, pečlivě následující informace, a chcete-li se na něco zeptat, obraťte se na tazatele.

B. Stručný obsah výzkumu:

Jste jedním ze zapojených klientů splňujících kritéria pro zahrnutí do výzkumné studie. V rámci studie spolupracujeme s dobrovolníky, procházejícími fázemi rezidenční léčby v terapeutických komunitách, kteří se zde léčí ze závislosti. Cílem naší spolupráce s Vámi je v českém prostředí ověřit soubor testů - diagnostických nástrojů pro ADHD a zjistit, jak moc může výskyt ADHD negativně ovlivnit průběh léčby v terapeutické komunitě. Vybrané klienty budeme sledovat po celou dobu léčby v TK. Měření bude probíhat na začátku léčby v 1. měsíci a dále ve 3., 6. a 9. měsíci Vašeho pobytu v terapeutické komunitě v předem stanovený den. Postupně budete vyplňovat jednotlivé testy a dotazníky, přičemž v závěru dostanete také jejich vyhodnocení. Pracovníci TK budou vyplňovat podobný formulář s otázkami, kde budou hodnotit Váš postup v léčbě z jejich pohledu. Paralelně s tím budou všichni klienti testováni sadou diagnostických nástrojů celkem 4krát po dobu léčby.

C. Zachování anonymity: Po vyplnění dotazníků budou tyto opatřeny kódem, který neumožní Vaši zpětnou identifikaci. Vaše jméno tak nebude zaznamenáno nikde na formulářích s výjimkou Informovaného souhlasu. Studie je tedy pro Vás z hlediska identifikace plně bezpečná a Vaše jméno se neobjeví na žádném z výsledků studie.

D. Dobrovolnost: Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a můžete při rozhovoru odmítnout odpovědět na kteroukoli otázku. Můžete také kdykoli ze studie vystoupit.

Vaše otázky týkající se tohoto projektu zodpovíme kdykoli. Pokud chcete získat další informace o studii, kontaktujte prosím zástupce vedoucího projektu: PhDr. Lenku Čablovou, telefon 732 653 696; adresa Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2.

Přejete-li si prodiskutovat projekt s někým, kdo se jej přímo neúčastní, konkrétně co se týče metod, Vašich práv jako účastníka, nebo pokud chcete podat anonymní stížnost, obraťte se prosím přímo na vedoucího projektu Prof. PhDr. Michala Miovského, Ph.D. (poštovní adresa viz výše).

DĚKUJEME. Za realizační tým

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., vedoucí studie
PhDr. Lenka Čablová, zástupce vedoucího studie

Kontaktní osoba: PhDr. Lenka Čablová, zástupce vedoucího projektu
Klinika adiktologie 1. lékařská fakulta a VFN, Univerzita Karlova v Praze
Apolinářská 4, 120 00 Praha 2.
E-mail office: cablova@adiktologie.cz. Tel.: +420 224 964 390